CONGRÈS

DES MÉDECINS

ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

DE FRANCE

ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

PAU - 1904

IMPRIMERIE-STÉRÉOTYPIE GARET

J. EMPÉRAUGER, IMPRIMEUR

PAU



CONGRÈS
DES MÉDECINS
ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES
DE FRANCE
ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XIVe SESSION

Tenue à PAU du 1er au 7 Août 1904.

VOLUME I

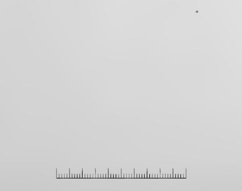
Publié par le Dr GIRMA, Secrétaire général.

RAPPORTS



PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1904



RAPPORTS

SUR LES

QUESTIONS DU PROGRAMME

ERRATA

	Au lieu de :	Lisez :
[redacted] :	[redacted]	[redacted]
p. 21, ligne 30 :	conséquences *de* rechute	conséquences de *la* rechute
p. 24, — 31 :	persécuté même criminel	persécuté*s*, même criminel*s*,
p. 29, — 22 :	articles 19 §§ 37	articles 19 § 2, 37
p. 32, — 2 :	aliénée	*atténuée*
p. 36, — 36 :	la question*s*	la questio*n*
p. 43, — 31 :	l'irresponsabilité *pour*	l'irresponsabilité *par*
p. 44, — 34 :	*les* traiter	*le* traiter
p. 48, — 23 :	les aliénés à sursis *sauf*	*sauf* les aliénés à sursis
p. 52, — 30 :	à *ir*responsabilité	à responsabilité
p. 60, — 27 :	ne recouvrent *pas*	ne recouvrent
p. 64, — 21 :	Conseil général	Conseil général *de la Seine*
p. 71, — 3 :	n'est toujours,	n'est, toujours
p. 74, — 16 :	à lui ; d'une expertise	à lui ; *en s'éclairant d'une expertise*
p. 75, — 22 :	qu'à côté de la	qu'*en sauvegardant* la
p. 78, — 3 :	quartier spécial	quartier spécial *et la maison centrale*
p. 88, — 20 :	on n'hésitera *pas*	on n'hésitera *plus*
p. 88, — 29 :	où *ils* seront conduits	où seront conduits
p. 95, — 8 :	aliénés criminels	*criminels-aliénés*
p. 99, — 11 :	aliénés *et devenus*	aliénés *et détenus*
p. 105, — 3 :	*dans* certains établissements	*pour* certains établissements
p. 107, — 15 :	Asile des aliénés criminels	Asile *Central* des aliénés criminels
p. 112, — 15 :	Seine. Leur place	Seine. *Il lui reste encore ceux à la charge de l'État ; c'est encore trop.* Leur place
p. 119, — 23 :	être dangereux	être *très* dangereux
p. 123, — 36 :	inculpés	*les* inculpés
p. 127, — 24 :	en faire criminel	en faire *un* criminel
p. 137, — 1 :	pas avant d'avoir pratiqué cette réforme l'asile	pas, avant d'avoir pratiqué cette réforme, *d'*asile



Des Mesures à prendre à l'égard des Aliénés criminels

PAR

le Dr P. KERAVAL

Médecin en Chef a l'Asile de Ville-Evrard (Seine).

GÉNÉRALITÉS

Cette question comporte, en réalité, l'étude de l'assistance des aliénés criminels, des criminels aliénés, des aliénés méconnus et condamnés, des aliénés dangereux, des aliénés vicieux, des aliénés difficiles, des anormaux quelconques sur les frontières de la folie qui ont eu mâille à partir avec l'autorité ou avec la justice. Elle comporte aussi l'examen des doctrines de la criminalité et des dégénérescences acquises sous l'influence d'habitudes vicieuses telles que l'abus des boissons alcooliques.

Elle implique des connaissances étendues sur l'administration, la juridiction, la procédure non seulement de notre pays mais des pays étrangers à notre époque et dans les temps anciens.

La multiplicité des documents à consulter est, à raison de la diversité professionnelle des auteurs qui ont écrit sur ces matières, telle qu'il me paraît impossible en un laps de temps si court de donner un tableau absolument complet de tous les points de vue, de toutes les faces, qu'elle embrasse. Bien que nous nous soyons mis à la besogne presque au moment de la clôture du dernier Congrès des aliénistes et neurologistes de Bruxelles, nous ne sommes pas bien certain d'avoir réussi à formuler exactement toutes les opinions médicales ou autres.

Pour fixer les idées, envisageons les définitions toutes provisoires qui se dégagent des travaux qui sont entre toutes les mains.

Un aliéné criminel est un aliéné qui, ayant commis un crime ou un délit, est considéré par la justice comme irresponsable de l'acte qu'il a commis, soit pendant son état de folie soit sous l'influence d'un mouvement de l'âme en rapport avec un substratum cérébral probablement ou certainement anormal.

Un criminel aliéné est un criminel devenu aliéné après l'exécution de l'acte criminel ou délictueux dont il a été reconnu responsable. Comme on le verra par la suite, il n'est pas bien certain qu'il ne s'agisse pas aussi, en l'espèce, d'un aliéné criminel, car le nombre des individus examinés dans les prisons a révélé une proportion assez notable de dégénérés ou d'aliénés. De plus, on a relevé un important pourcentage d'aliénés méconnus et condamnés; en d'autres termes il semble qu'on ait souvent condamné à tort pas mal de personnes dont une expertise médico-légale préalable eût fait reconnaître ou soupçonner l'irresponsabilité.

L'aliéné dangereux est un aliéné dont les tendances ou les actes font courir aux personnes qui l'entourent un danger quelconque, soit au dehors, soit à l'asile.

L'aliéné vicieux est un aliéné chez lequel prédominent des perversions instinctives qui, elles aussi, sont susceptibles de se traduire par des actes dangereux soit pour la morale, soit pour les personnes, soit pour les propriétés.

L'aliéné difficile est celui dont le caractère ne se plie à aucune des règles ou des attitudes bienveillantes du milieu dans lequel il vit et qui est une cause de trouble et d'insubordination dans une collectivité quelconque.

Les anormaux quelconques qui côtoient les frontières de la folie et sont l'objet de la surveillance constante de l'autorité, qui la plupart du temps bénéficient de la responsabilité limitée, qui vont de la prison à l'asile et inversement, ce sont ces instables incomplets souvent raisonneurs, qui sont constamment en lutte contre les lois.

Les criminels proprement dits ou criminels d'habitude sont les vrais criminels à propos desquels Lombroso a édifié une doctrine qui ne semble pas encore démontrée. Si, parmi eux,

il en est qui justifient un diagnostic médical ferme, ceux-là rentrent dans une des catégories précédentes au même titre que certains criminels d'occasion. Nous n'avons pas l'intention de scruter à fond la question du criminel-né, ni les relations du crime avec l'aliénation mentale. Nous l'effleurerons à propos de certains travaux.

Quant aux dégénérescences acquises de par les excès alcooliques, elles font partie d'un des groupes quelconques d'aliénés criminels ou de criminels aliénés définis plus haut. Et au surplus, le diagnostic purement médical des mécanismes de l'aliénation mentale criminelle ne rentre dans le cadre de la question que d'une manière accessoire. Il est vrai, comme nous le dirons plus loin, que pour faire une besogne utile d'assistance, appropriée à chaque cas particulier, il conviendrait, au préalable, d'avoir fixé des éléments biologiques sous-jacents à toute espèce considérée. Mais nous ne pouvons ici qu'en faire toucher du doigt la nécessité, ignorant du reste si les principes des désidérata à établir sont actuellement susceptibles d'affirmations positives.

La complexité des opinions successivement mises en lumière à l'occasion des aliénés dont l'internement dans les asiles ordinaires paraît avoir préoccupé les esprits nous impose, avant tout, l'obligation d'analyser les principaux mémoires que nous avons pu nous procurer. Nous le ferons aussi brièvement que possible. Cette méthode historique mettra progressivement en relief les titres fondamentaux des différentes mesures proposées, ainsi que leurs rapports avec la nature des préoccupations qui ont engendré les formules correspondantes.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

On s'accorde à représenter Georget (1828) comme le promoteur en France de l'idée des mesures spéciales à prendre à l'égard des aliénés criminels. Tout ce que nous avons pu trouver dans les œuvres de ce savant, c'est que « aucune disposition législative n'autorisant la séquestration des aliénés dans une maison de force après que leur guérison est constatée, les fous homicides auraient le droit de réclamer leur liberté sans qu'on pût légalement la leur refuser, ce qui les mettrait à même de faire de nouvelles victimes s'ils éprouvaient une rechute »... Mais « tous les aliénés peuvent inspirer de semblables craintes »... et « les effets d'un second accès sont bien moins à craindre que ceux du premier, parce qu'on est fixé sur les prodromes ». Ce n'est qu'une question de surveillance. « Que si l'on croit devoir traiter avec plus de sévérité l'aliéné qui a commis un homicide, on pourra le tenir enfermé longtemps après sa guérison, en se fondant sur ce que les fous sont sujets aux rechutes même après plusieurs années de retour à la raison... Si l'on prétend faire un sacrifice plus grand à la sûreté publique et aux préjugés populaires, que l'on ajoute à l'article 64 du code pénal un paragraphe qui *déclarera les aliénés homicides passibles d'une séquestration à temps ou perpétuelle ;* jusque-là on n'a pas le droit de les traiter autrement que les autres aliénés [1]. »

Aubanel émet l'avis que les fous homicides déclarés irresponsables soient à tout jamais privés de leur liberté parce que leur guérison, en admettant qu'elle arrive, peut ne pas être durable [2].

1. — Discussion médico-légale sur la folie. Archives générales de médecine, 1826, t. XI, p. 540 et 541 ; t. XII, p. 47, loi du 24 août 1790 ; article 475 du code pénal.

2. — Rapports judiciaires et considérations médico-légales sur quelques cas de folie, 1825.

Quoi qu'il en soit, le 7 avril 1837, M. Boyard député, propose à la loi sur les aliénés en discussion un amendement à propos des aliénés criminels. Il demande d'annexer à l'article 12 un article permettant au Ministère public de faire transférer dans une maison d'aliénés la personne qui, par suite de débats criminels ou correctionnels, avait été considérée comme en état de démence au moment de l'action pour laquelle elle aurait été poursuivie. M. le Président Dufaure fait observer que : l'arrêt criminel ne déclare pas le fait d'aliénation mentale ; l'aliénation mentale peut avoir cessé au moment du jugement ; la séquestration incombe à l'autorité administrative ; le Ministère public n'a pas qualité pour déclarer de la nature de l'aliénation mentale. MM. de Gobery et Boyard proposent alors que « lorsqu'il résultera des débats en matière criminelle ou correctionnelle qu'un individu était en état de démence ou de fureur au moment de l'action pour laquelle il a été poursuivi, le Ministère public puisse, si cet état de démence existe encore au moment de l'acquittement, provoquer dès les 24 heures un ordre de placement de cet individu dans une maison d'aliénés ».

La Commission rejette cet amendement.

A la Chambre des Pairs, M. de Perry fait à peu près la même motion. M. de Barthélemy, rapporteur de la Commission, expose les motifs de refus basés sur ce qu'en pratique les Cours d'assises siégeant dans les chefs-lieux, les Présidents ou Procureurs peuvent demander immédiatement aux Préfets ou aux Maires un ordre de transfert instantané de la personne acquittée dans un établissement d'aliénés [1].



En 1846, Brierre de Boismont [2] *propose de créer des établissements spéciaux pour fous, vagabonds et criminels* ou tout au moins des divisions spéciales. Les premiers seraient à son avis des faibles d'esprit, irrésolus, incapables de gagner leur vie, devenant par suite des persécutés et des violents que l'on a tort de condamner. Les seconds, qui n'en restent pas moins des crimi-

1. — Ch. Constant : *Revue pénitentiaire,* 21e année, 1897, p. 766. — Internement des aliénés criminels. Alombert Coget, in-8°, 1902.

2. — *Annales d'hygiène et de médecine légale,* XXXV, p. 396, 1846.

nels malgré leur délire ou leur démence, ne sauraient être admis dans un asile d'aliénés ordinaire parce qu'ils « sont *dangereux* et troublent la tranquillité des autres malades dont la liberté se trouve restreinte à cause des mesures de précaution qu'exigent les aliénés criminels : aussi l'Asile, dans ce cas, ressemble-t-il à une prison plutôt qu'à un hôpital » ; de plus, un établissement d'aliénés ne peut, quoi qu'on fasse, prévenir leur évasion ; enfin il est peu conforme à la morale de laisser ainsi de grands criminels confondus avec de pauvres insensés.

« Cet établissement spécial, ajoute M. BRIERRE, ne serait pas moins nécessaire *aux prévenus qui simulent la folie...* Il est certain que plusieurs d'entre eux ont réussi à s'évader. Avec un établissement comme nous le concevons, la fuite ne serait pas possible et l'on aurait tout le temps convenable pour reconnaître la fraude sans faire peser la surveillance sur des personnes véritablement malades.

» S'il est hors de doute qu'un certain nombre de mauvaises actions doivent être attribuées à des perturbations de l'esprit, et qu'il soit contraire à la justice et à la morale de mettre cette classe d'individus sur la même ligne que les criminels ordinaires, la Société n'en a pas moins le droit de réclamer leur séquestration, leur mise en liberté pouvant causer un préjudice notable aux autres. Il n'est pas juste que, dans le cas même où l'insanité n'est pas un objet de doute, l'acquittement leur vaille un brevet d'impunité. *Nous croyons que leur séquestration doit avoir pour base la durée des peines qu'ils encourraient s'ils étaient reconnus criminels.* En agissant ainsi on prend les mesures de sécurité qu'exige la sûreté de la Société, mais on n'imprime pas sur le front d'un aliéné la marque de crime... Aux aliénés vagabonds l'isolement n'est pas moins nécessaire (imperfection de leur esprit, mobilité, inconstance). » M. LUNIER, approuvant ces conclusions [1], fait des vœux pour qu'elles soient prises en considération par le Gouvernement.

* * *

En 1852, BRIERRE DE BOISMONT rend compte dans les *Annales médico-psychologiques* (t. IV, p. 472) de l'article de Forbes

1. — *Annales médico-psychologiques,* 1846, VIII, p. 118. *Revue* de LUNIER.

Winslow sur le nouvel asile d'aliénés criminels de Dundrum (Comté de Dublin) *in Journal of psychological medicine*, 1851 ; il insiste sur son utilité et surtout sur le cas d'un capitaine de navire atteint de *monomanie homicide* qui, croyant que son équipage voulait se révolter et le tuer, massacra sept de ses matelots.

En 1854, dans une analyse d'ensemble de plusieurs brochures anglaises de W. Wood[1], W. Ch. Hood[2], J. Ch. Bucknill[3], dans les mêmes Annales (t. VI), il s'exprime ainsi :

« Tandis que l'Angleterre, ce pays pratique par excellence, a constaté depuis fort longtemps l'existence de fous auxquels elle a donné le nom de criminels, à raison même de la nature de leurs actes, et décidé qu'ils ne seraient plus confondus avec les véritables coupables, on *s'obstine en France à envoyer dans les prisons centrales et les bagnes des individus dont on ne conteste pas la monomanie mais que l'on punit parce qu'on les assimile aux gens passionnés qui conservent leur libre arbitre.* »

Parmi les auteurs anglais analysés et admirés par Brierre, Wood préconise :

A) l'admission des circonstances atténuantes pour les délirants partiels ;

B) la suppression de la question de discernement du bien et du mal comme base du jugement en matière d'aliénation mentale ;

C) un *Asile d'État* qui serait composé de deux grandes divisions.

1° Celle des *malades d'État*, comprenant trois sections :

a) La section des fous ayant commis des crimes et des délits sous l'influence de leur folie, auxquels il serait permis, sous certaines conditions, de vivre dans l'Asile conformément à leurs habitudes ;

b) La section des individus que des habitudes déraisonnables mettent hors d'état de contrôler leurs actions et qui sont une occasion de ruine pour eux et leurs familles ;

c) La section de ceux dont la maladie mentale quoique incontestable n'est pas assez intense pour les rendre irresponsables.

1. — Remarks of the plea of insanity and on the management of criminal lunatics, 1851-1852.

2. — Suggestions for the future provisions of criminal lunatics, 1854.

3. — On the classification and management of criminal lunatics, 1851.

2° La division des *convicts,* c'est-à-dire des condamnés devenus aliénés pendant la durée de leur peine, exigeant une surveillance plus rigoureuse mais humaine.

Wood est d'avis qu'il faut rendre la liberté aux détenus qui, n'ayant pas commis de crime entraînant la peine capitale, présentent des signes certains d'une complète guérison, mais qu'il convient de *maintenir séquestrés les meurtriers et les grands criminels* dont on adoucirait le sort autant que possible.

Bucknill *ne croit pas qu'il soit nécessaire de mettre dans un asile spécial tous les aliénés désignés sous le nom de* fous criminels. En revanche, il lui faut *un asile pour les aliénés à dispositions criminelles, dépravés, vicieux,* dont beaucoup ne sont pas des fous criminels ; ils exigent d'après lui un traitement qui participe de la nature de la correction ; leur contact dans un asile ordinaire est bien plus dangereux que celui des aliénés qui se sont rendus coupables envers la loi. Généralement ces derniers n'apportent pas une grande perturbation dans le service et il est facile à l'asile ordinaire même de prendre toutes les précautions nécessaires contre ceux qui sont véritablement dangereux.

Après avoir critiqué les asiles de Bethlem et Fisherton, il propose la création d'un établissement spécial dans lequel on mettrait :

1° Les aliénés maintenus par le Gouvernement ;

2° Les aliénés condamnés quand bien même ils auraient recouvré la raison après le jugement ;

3° Les aliénés à instincts dangereux et à caractères dépravés ;

4° Les aliénés à instincts dangereux internés par ordre dans les asiles et reconnus dangereux.

M. Hood repousse l'idée d'un grand asile central, trop coûteux, et de nature à augmenter les préjugés contre les asiles.

Placez, dit-il, les *grands criminels* à Bethlem.

Placez les aliénés *coupables de fautes moins graves* dans les asiles ordinaires.

Les condamnés devenus aliénés après jugement seraient placés dans une cour particulière de la prison attenant à l'infirmerie et traités là comme pour une autre maladie.

*
* *

En 1868 et 1869 a lieu à la Société médico-psychologique la discussion sur *les aliénés dangereux*[1]. Nous y voyons successivement traiter non seulement cette question aux divers points de vue selon lesquels chacun l'envisage, mais encore celle de la *création d'asiles spéciaux* pour les *aliénés dits criminels*, c'est-à-dire pour les *aliénés dangereux traduits devant les tribunaux* (JULES FALRET) ; celle encore des *asiles spéciaux pour fous criminels* comme en Angleterre (BRIERRE DE BOISMONT) ; celle aussi des *asiles différents pour les curables*, les *incurables*, les *dangereux*, les *inoffensifs* (AUGUSTE VOISIN).

Résumons les manières de voir sur les *aliénés dangereux*.

La détermination précise du danger qu'un aliéné quelconque fait courir à la Société ne saurait se formuler d'une manière générale ; c'est l'étude clinique de chaque aliéné en soi et des formes et périodes de sa maladie mentale qui permet de prévoir avec quelque probabilité le degré du danger que peuvent présenter ces malades (JULES FALRET, MOREL). En général, les *aliénés sont presque tous dangereux* dans la période d'évolution de leur maladie, soit comme suicides, soit comme homicides, ou disposés à faire des actes extravagants qui compromettent leur honneur, leur fortune, les intérêts de leur famille. Sont particulièrement portés à des actes d'une perversité extrême les raisonnants, les périodiques, les impulsifs (MOREL). Il y a des aliénés dangereux temporaires, des aliénés dangereux à perpétuité ; un acte homicide peut être la crise terminative, le dernier acte de la folie ; par contre, un homicide ou tel acte dangereux peut être en rapport avec le retour d'une indisposition physique périodique et alors l'aliéné peut être dangereux à perpétuité (MOREL). Nous ne sommes pas en mesure scientifiquement de distinguer à des signes certains les aliénés dangereux ou non dangereux (BELLOC). Tout aliéné qui a commis un crime, séquestré à l'asile comme dangereux, qui, sans être guéri, ne paraît plus dangereux, pourra être mis en liberté si sa famille demande sa sortie en offrant des garanties de surveillance suffisantes (BILLOD). Le danger est évidemment une chose essentiellement relative qui dépend d'une foule de circonstances quelquefois fortuites, acci-

1. — *Annales médico-psychologiques*, 1869, I, pp. 86, 116, 136, 276, 294, 301, 316 et 464.

dentelles, souvent presque étrangères à la maladie ; en certains cas, il se rattache essentiellement au trouble mental (délires impulsifs, alcooliques, délires mystiques, hallucinés, accès maniaques furieux des épileptiques) ; l'aliéné inoffensif à l'asile peut au dehors, s'il n'est pas bien dirigé et surveillé, devenir dangereux (utilité à cet égard des colonies) (Dagonet, Billod). Dagonet conclut ainsi :

« Les malades qui ont commis des actes dangereux doivent être l'ob-
» jet d'une observation minutieuse et prolongée. Mais, *lorsque le méde-*
» *cin* a la ferme conviction que la guérison est complète, *son droit ne*
» *va pas jusqu'au point de continuer à faire considérer l'individu*
» *comme atteint d'aliénation mentale par cette seule raison qu'il a*
» *commis un acte regrettable et qu'avant tout les intérêts de la société*
» *doivent être sauvegardés.*
» Ni la nature du crime, ni sa gravité ne sauraient donner à la mala-
» die aucun pronostic défavorable.....
» Il me répugne d'admettre cette opinion qui paraît avoir été émise
» par Esquirol qu'un aliéné lorsqu'il a commis un *crime grave* doit
» être maintenu pendant toute sa vie dans un établissement d'aliénés. »

*
* *

Passons à la question des *asiles spéciaux pour aliénés criminels*. J. Falret en repousse la création comme injustifiée au point de vue de l'intérêt social de même qu'à celui des aliénés eux-mêmes. Il rappelle l'origine de leur installation en Angleterre (1800) à propos d'un régicide. Depuis longtemps, Bedlam, près Londres, avait une section spéciale pour les aliénés criminels ; quelques divisions du même genre existaient en quelques autres asiles de la Grande Bretagne et surtout dans les prisons. C'est en réalité en Irlande, en 1843, qu'est née l'idée de fonder un asile spécial de cette espèce ; il a été ouvert à Dundrum en 1850, près Dublin. Comme on s'en est trouvé fort satisfait, sur les instances des Commissionners in Lunacy, datant d'ailleurs de 1844, on a construit celui de Broadmoor qui a été ouvert en 1863. Par contre, la législation anglaise restreindrait plutôt le nombre des admissions dans les asiles d'aliénés criminels : on n'envoie guère dans les asiles spéciaux que des aliénés dont l'acte criminel a eu un grand retentissement ou s'est accompagné de circonstances monstrueuses. Les autres sont envoyés dans des asiles ordinaires. Quant aux condamnés qui, après avoir subi

leur peine, sont reconnus aliénés, ils sont admis aisément dans des asiles spéciaux (il faut remarquer, du reste, que le plus souvent ils étaient aliénés au moment du crime), mais à la condition que les actes commis par eux aient été assez violents et assez graves pour qu'il devienne fâcheux de les mélanger avec d'autres malades indemnes des mêmes antécédents. L'Angleterre aurait donc demandé des asiles distincts pour certains seulement des aliénés dits criminels et non pour tous.

En réalité *il n'y a pas d'aliénés criminels.* C'est le hasard qui fait que les aliénés ordinaires n'ont pas commis d'actes semblables. Il suffit, pour s'en convaincre, de comparer les formes morbides des uns et des autres. C'est le hasard qui fait que les uns sont enfermés après un acte commis, tandis que les autres l'ont été auparavant afin de les empêcher d'en commettre. L'homicide, le vol, l'incendie, les actes obscènes, etc., sans parler du vagabondage et d'autres actes moins importants (délits) peuvent, de toute évidence, être commis par des aliénés appartenant aux formes les plus diverses des maladies mentales.

Ces aliénés criminels sont même quelquefois plus inoffensifs et moins dangereux que beaucoup d'autres arrêtés avant d'avoir eu le temps de se livrer à des actes violents et qui y sont en réalité portés soit par leur caractère normal, soit par la nature spéciale de leur affection. Ils constituent, en réalité, un nombre très restreint en comparaison de celui bien autrement considérable des aliénés vraiment dangereux, ni criminels, ni délictueux. (Statistiques de la sûreté de Bicêtre, de Broadmoor, de Dundrum.)

L'asile spécial offrirait-il des conditions de sécurité supérieures à celles de l'asile ordinaire contre l'évasion ?

Puisqu'il y a dans des asiles ordinaires quantité d'aliénés dangereux non criminels, il faut à ces derniers une section spéciale, d'autant qu'ils sont fréquemment plus dangereux que les aliénés criminels et certainement en nombre supérieur. Eh bien, cette section spéciale offrira toutes les garanties possibles. C'est affaire de surveillance. Mais ne faites pas d'asiles-prisons, gardez-vous aussi de faire de votre section spéciale un quartier de rigueur. Créez simplement dans l'asile un quartier offrant des conditions particulières de sécurité à la disposition du médecin répartiteur. D'ailleurs l'agglomération des malades de ce genre

et l'application des mesures de répression multiplient toujours les évasions.

Est-ce blesser profondément les sentiments les plus honorables des familles et des aliénés ordinaires que de mettre dans un asile ordinaire des individus criminels ?

S'il en était ainsi, ce serait un préjugé à combattre ; car plus le crime commis par un aliéné est atroce, plus le malheureux est digne de compassion et de respect. Du reste les crimes monstrueux sont infiniment peu nombreux ; à ces espèces-là conviendrait la section spéciale près certaines prisons de Parchappe. Tout le monde reconnaît que tous les aliénés condamnés par la justice ne présentent pas ce même inconvénient d'humilier par leur présence les autres aliénés et leurs familles ; or, ils forment la presque totalité des aliénés dits criminels.

On a invoqué un *motif légal,* celui *des prérogatives de la loi à raison des actes commis.* Ces difficultés peuvent être tournées en modifiant les lois sans qu'il faille créer pour cela des asiles-prisons.

Et M. Falret (J.), conclut :

1° La seule chose admissible, à la rigueur, serait la *création de petits quartiers d'aliénés annexés à quelques maisons centrales pour certains malades tout-à-fait exceptionnels par leur caractère essentiellement dangereux, ou par l'extrême notoriété des actes qu'ils auraient accomplis.* — 2° Il n'y a pas lieu de fonder des sections spéciales dans les asiles. — 3° *A fortiori* n'y a-t-il pas lieu de fonder des asiles complets distincts pour les aliénés dits criminels.

***

La contre-partie nous est fournie par Brierre de Boismont. Prenant principalement pour objectif les dégénérés criminels produits de l'hérédité, de l'ivrognerie, de la misère, de la contagion, du vice, du mauvais exemple, de l'abandon des parents, aliénés dangereux pour la sécurité publique, il soutient que ces individus ont, à raison de leur origine et de leur croyance invincible aux conceptions délirantes qui les maîtrisent qu'ils ne peuvent contrôler ou contre lesquelles leur volonté est impuissante, *tendance à répéter les mêmes actes* et que par conséquent il faut les séquestrer dans un lieu spécial. Hood a montré qu'en 1852 il y en avait 524 et que maintenant ils sont près de 700. En

établissant entre eux une sélection judicieuse, il serait facile d'envoyer exclusivement dans un asile central de sûreté ceux qui sont les plus dangereux, dont le nombre est plus considérable qu'on ne le pense. On arriverait par un examen attentif des aliénés aux déterminations suivantes :

1° Doivent être placés dans des *quartiers particuliers annexés à l'asile :*

a) Les aliénés dont les mauvais instincts ne sont pas incorrigibles, qui obéissent à la règle ;

b) Les aliénés vagabonds, souvent imbéciles, dont la place est dans les asiles où on peut les traiter et les occuper.

2° L'*Asile Central spécial* serait destiné :

a) Aux homicides, incendiaires, voleurs, aux coupables d'attentats aux mœurs, et d'une façon générale à tous ceux qui ont des tendances nuisibles persistantes ;

b) Aux persécutés qui ont tué et veulent toujours tuer ;

c) Aux individus à crimes étranges, telle l'empoisonneuse de Genève, 1868 ;

d) Aux aliénés qui, ayant commis un crime, exigent une longue observation, telles les formes raisonnantes ;

e) Aux criminels simulateurs ;

f) Aux malades nés avec des instincts de perversité morale malgré les bons exemples qu'ils ont dans leur famille ;

g) Aux sombres fanatiques qui tuent pour réaliser leurs utopies mais dont la conduite a son explication dans la folie ;

h) Aux aliénés à tendances incorrigibles.

La création d'un asile spécial tranquilliserait les consciences des magistrats et des jurés en leur donnant les moyens de sauvegarder la société et mettrait fin à ces condamnations douloureuses qui n'ont pour excuse que le défaut d'observation des fous.

*
* *

Auguste Voisin ne voit pas de par la clinique de distinction possible entre les aliénés dangereux et les aliénés inoffensifs sauf peut-être pour un petit nombre, exception faite des *criminels aliénés qui doivent être soumis forcément à certaines précautions et placés dans des quartiers distincts attenant aux asiles.*

*
* *

De 1869-1878, l'ensemble des thèmes précédemment précisés trouvent, à l'étranger, des détracteurs et des partisans. Il suffit notamment de lire les mémoires de Cappelli [1], Gatsch [2], Chapman [3], Semal [4], David Nicholson [5], ainsi que les résolutions de la Société des Médecins d'Asiles des États-Unis [6] pour s'en convaincre.

Les uns, comme Cappelli, veulent des manicomes spéciaux destinés aux aliénés délinquants quelconques sauf pour ceux qui sont devenus tranquilles et inoffensifs (en démence). Les autres, à l'exemple de Gatsch, plaident en faveur du maintien dans les asiles ordinaires des aliénés meurtriers, tandis qu'ils réclament pour les condamnés aliénés une annexe à la maison de détention. Semal refuse de partager les aliénés en aliénés criminels et aliénés non criminels ; ce sont tous des malades nécessitant des moyens de surveillance et d'isolement différents de ceux des aliénés ordinaires, voilà tout.

*
* *

En 1878, la Société médico-psychologique reprend la question des aliénés dits criminels [7]. Cette fois nous voyons M. Billod pencher pour les conclusions de Maxime du Camp dans son livre sur Paris ; « les aliénés dits criminels pouvant, aux termes de la loi de 1838, sortir de l'asile après guérison malgré les chances qu'ils ont de redevenir malades » il semblerait naturel que le *pouvoir d'ordonner leur internement fut attribué à l'autorité judiciaire ;* un pareil ordre ne devrait être, en l'espèce, que le corollaire de l'ordonnance de non-lieu ou de l'acquittement.

M. Legrand du Saulle s'inscrit résolûment avec M. l'Avocat

1. — De la nécessité de créer des manicomes criminels dans le royaume d'Italie. (*Archivio italiano,* 1872.)

2. — Où placer les condamnés aliénés. *Allgemeine. Zeitschrift f. Psychiâtrie,* 1873.

3. — Inconvénients du placement des aliénés dits criminels dans les asiles. *Mental Science,* 1873 (4e trimestre).

4. — De la situation morale et légale et du placement des aliénés criminels et dangereux. In-8°, Bruxelles, 1876.

5. — Un chapitre sur l'histoire des aliénés criminels en Angleterre. *Mental Science,* 3e trimestre 1877.

6. — Traitement des aliénés criminels. *American journal of Insanity,* 1873.

7. — *Annales médico-psychologiques,* 1878, t. XX, p. 94.

général Hémard contre cette sorte de *thérapeutique discrétionnaire*, de *détention expiatoire*, de *tombeau moral anticipé*. Il maintient la séparation des pouvoirs, considérant que l'arrêt de non-lieu ou l'acquittement désarme équitablement la Justice et que l'autorité administrative doit être le balancier de la Justice. La vérité, conclut-il, est que tout cela n'est qu'affaires d'espèces.

M. Lunier croit par contre nécessaire *d'établir une jurisprudence nouvelle* en ce qui concerne les aliénés criminels et autant que possible d'obtenir la *création d'asiles spéciaux* pour cette catégorie de malades.

Mais cet appel a été entendu et M. E. Proust, Substitut au Tribunal de la Seine, écrit son Rapport au nom de la 1re section de la Société générale des prisons[1] ; dans son désir d'éviter tout conflit entre la magistrature et l'administration, et à la Société tout péril de la part des aliénés intermittents, après enquête en Europe et aux États-Unis, il propose d'ajouter à la loi du 30 juin 1838 les dispositions suivantes sous les articles 42, 43, 44, 45, 46, 47 et 48 :

Art. 42. — Toutes les fois que l'état de démence d'un individu inculpé d'un fait qualifié crime ou délit par la loi aura motivé en sa faveur, soit une ordonnance de non-lieu, soit un jugement ou un arrêt d'acquittement, *le Ministère public aura le droit de requérir sa translation dans un asile, lorsque cet état de démence sera de nature à compromettre l'ordre public ou la sécurité des personnes.*

Art. 43. — Les réquisitions du Ministère public seront adressées aux Préfets qui seront tenus provisoirement d'y faire droit.

Art. 44. — La *sortie* d'un aliéné ainsi placé ne pourra avoir lieu que sur l'avis conforme du Procureur de la République du lieu de séquestration.

Art. 45. — Les individus condamnés pour crime ou délit qui deviendraient aliénés postérieurement à leur condamnation pourront, sur l'avis conforme du Procureur de la République du lieu de détention, être conduits dans un asile ; mais, lors de l'expiration de leur peine, ces aliénés condamnés seront assimilés aux aliénés spécifiés dans l'article 42, et ils ne pourront être mis en liberté que dans les mêmes conditions.

Art. 46. — Les frais de translation et les dépenses d'entretien, de

1. — *Annales médico-psychologiques,* 1880, t. III, p. 377. — Législation relative aux aliénés criminels.

séjour et de traitement des individus séquestrés par application des art. 42, 43, 44 et 45 seront à la charge de l'État.

Art. 47. — La sortie des individus séquestrés en vertu des art. 42, 43, 44 et 45 pourra être demandée conformément à l'article 29 de la présente loi.

Art. 48. — Un règlement d'administration publique, qui devra être rendu dans le délai d'une année, déterminera les conditions d'organisation et de fonctionnement *d'asiles spécialement réservés* au placement des aliénés spécifiés dans les articles 42 et 45. Il pourra ordonner suivant les circonstances, soit auprès des prisons, soit auprès des établissements d'aliénés actuellement existants, la création de quartiers distincts spécialement affectés à cette destination.

* * *

Et la discussion sur les *asiles d'aliénés criminels* de reprendre encore une nouvelle activité à la *Société médico-psychologique* d'octobre 1881 — décembre 1882[1]. Elle débute par l'éloge que M. Motet fait de l'asile anglais de Broadmoor[2] pour aliénés criminels ; il vient de le visiter et ce genre d'établissements lui paraît indispensable en France.

Tel n'est pas l'avis de M. Christian. Un aliéné qui, poussé par son délire, a commis un acte réputé crime, est simplement un malade dangereux ; à cet égard presque tous les *aliénés ont la virtualité criminelle.* Il convient de le surveiller de très près pour qu'il ne recommence pas ; car si l'on voulait mettre à part dans un asile spécial les aliénés qui sont allés jusqu'à la réalisation des actes dont ils sont tous capables « je ne vois pas où vous vous arrêteriez ». Les individus qui, ayant été *condamnés* pour un crime dont ils ont été reconnus responsables, deviennent aliénés pendant qu'ils subissent leur peine sont, ou des aliénés méconnus et condamnés à tort, ou des individus qui, sous le rapport mental, ne diffèrent pas des aliénés dits criminels. La folie a pour caractère général de précisément changer complètement la manière d'être de l'individu. *Il n'existe pas de signe auquel on puisse reconnaître un aliéné criminel.* C'est pour cela précisément que le no-restraint fleurit à Broadmoor. Et c'est

1. — *Annales médico-psychologiques,* 1882, t. VII, pp. 144, 280, 296 ; t. VIII, pp. 297, 259. — 1883, t. IX, pp. 111, 131, 313.

2. — *Annales médico-psychologiques,* t. VI, novembre 1881, p. 410.

pour cela aussi qu'il a fallu s'ingénier pour trouver les éléments de population de cet asile.

Il est faux que le mélange d'individus qui ont commis les crimes les plus atroces avec des aliénés ordinaires impressionne péniblement les aliénés et leurs familles. L'aliéné ne conserve pas dans son délire les idées, les opinions, les principes vrais ou faux qui sont l'apanage des gens raisonnables. Les familles n'ont pas ce scrupule ; car chacun sent d'instinct que son malade aurait pu, lui aussi, commettre un crime ou un délit et que s'il ne l'a pas commis, c'est par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.

« Tous les aliénés, quels qu'ils soient, peuvent trouver place dans nos asiles, tels qu'ils existent, et c'est au médecin seul qu'il appartient de déterminer les soins et la surveillance nécessaires à chacun. »

Quant à mettre l'aliéné criminel guéri en liberté, il est *à craindre qu'une fois en liberté, rendu à ses habitudes, replacé dans le milieu* où il est devenu malade une première fois, son délire ne reparaisse et avec les mêmes formes : (Exemples de Dagonet, de Baume, de l'orateur lui-même). Il faut donc *tenir l'aliéné criminel enfermé jusqu'à la fin de ses jours,* en lui rendant la vie aussi douce que possible. Pour cela nos asiles suffisent.

M. Motet réplique que la *déclaration d'irresponsabilité* ne suffit pas à faire rentrer l'aliéné criminel dans la catégorie des aliénés ordinaires ; que les asiles d'aliénés *regorgeant de malades* facilitent les sorties, tant par exigences budgétaires que par sollicitations locales ; que souvent les aliénés qu'on y reçoit y arrivent sans renseignements et que le directeur ignore qu'il s'agit d'un individu ayant bénéficié d'une ordonnance de non-lieu ou d'un acquittement après un fait qualifié crime. De là les avantages d'un *asile spécial d'État ;* lui seul au surplus permettra la détention perpétuelle. Enfin, la situation de ces aliénés criminels doit être réglée par une loi. Il faut dégager la responsabilité du médecin d'asile.

La discussion serrée qui s'engage et à laquelle prennent part MM. Delasiauve, Dagron, Lunier, Foville, Falret, Motet, Brunet, Christian, trahit un désaccord inconciliable. Une Commission

composée de MM. Falret, Dagonet, Legrand du Saulle, Christian, Collineau, est chargée de présenter un rapport.

La Commission pense que les *individus devenus aliénés après condamnation ou au cours du jugement,* incombent à la magistrature qui devrait être souveraine quant au maintien ou à la sortie de ces malades ; quant aux *aliénés criminels* qui bénéficient d'une ordonnance de non-lieu à l'instruction ou qui sont reconnus aliénés au cours du procès, c'est-à-dire *avant les mesures judiciaires,* ils devraient toujours être placés dans un asile ordinaire alors même qu'on admettrait des asiles spéciaux pour les deux premières catégories. En tout cas, la Commission est absolument défavorable à la création d'asiles d'aliénés criminels; elle se borne donc à présenter à la Société cinq questions dont la première préjudicielle :

1° Y a-t-il utilité d'étudier des mesures législatives et la création d'un asile spécial pour des aliénés criminels ?

2° Si oui, à quelle catégorie d'aliénés cet asile et ces mesures seraient-ils applicables :

a) Aux condamnés seulement ?

b) Aux aliénés homicides seulement ou bien à tous les genres de crimes (vols, incendies, outrages aux mœurs)?

c) A tous les aliénés ayant passé devant les tribunaux ou à certaines catégories seulement (avant, pendant, après le procès)?

d) A tous les aliénés dangereux venant des autres asiles ?

3° Quelles seraient les dispositions spéciales de localités ou de règlements à recommander pour la sécurité intérieure de cet asile central ?

4° Quelles mesures législatives devrait-on proposer pour l'admission, le séjour, la sortie des malades de cet asile spécial?

5° Quelle serait l'autorité chargée de prononcer sur l'entrée, le séjour, la sortie de ces malades ? Magistrats, Commission exclusivement composée de médecins, Commission mixte? *Quid* de la composition de la Commission ? Par qui cette Commission serait-elle nommée ?

La Société, admettant la première question (10 voix sur 18 votants), il est procédé à la discussion des autres.

Il y a lieu, d'après M. Billod, de *créer un asile spécial pour les aliénés criminels* afin :

a) D'éviter la promiscuité entre les aliénés ordinaires et ceux qui portent les stigmates d'une condamnation ;

b) De ménager la susceptibilité des familles et la conscience des délirants partiels, qui souffrent de ce contact avec des hommes *condamnés* ou seulement *entachés* de l'antécédent d'un crime ; ils en souffriraient même si ces derniers étaient dans une section à part ;

c) De pouvoir appliquer à ces aliénés-là les mesures de coercition et de surveillance plus strictes et plus étroites que ne comporte le régime des asiles ordinaires.

Dans cet asile spécial d'aliénés criminels condamnés ou ayant bénéficié d'une ordonnance de non-lieu ou d'un acquittement, on mettrait encore tous les aliénés qui ont exécuté des tentatives de crime et ont passé devant les tribunaux, qu'ils aient été condamnés ou non, à moins que, dans les circonstances de la cause, les tribunaux eux-mêmes n'aient trouvé des motifs d'exceptions. On y mettrait encore ceux des aliénés dangereux qui ont été condamnés ou qui ont passé devant les tribunaux.

Ceux des aliénés dangereux non criminels, dont le *caractère dangereux* ne se serait affirmé que par des tendances encore restées sans effet seraient placés dans les quartiers spéciaux de surveillance et de sûreté des asiles ordinaires.

Une Commission spéciale devrait formuler l'ensemble des dispositions spéciales de localités ou de règlements à recommander pour la sécurité intérieure de l'asile.

C'est à l'autorité judiciaire qu'incomberait d'ordonner l'admission et la sortie de cet asile spécial.

L'ordre d'internement devrait être le corollaire de l'ordonnance de non-lieu (juge d'instruction), ou de l'acquittement (la cour) à la suite du verdict d'acquittement.

L'ordre de sortie serait également rendu par l'autorité judiciaire mais après examen d'un rapport rédigé par une Commission mixte où prédominerait l'élément médical ; cette Commission serait nommée par l'autorité judiciaire.

Telle est, à peu de chose près, l'opinion de MM. Lunier et Motet. L'aliéné criminel, comme tout criminel, doit être placé dans des conditions telles qu'il ne puisse recommencer ; l'aliéné dangereux ne doit pas rester à la merci du Conseil départemental, du Conseil communal, du Préfet ; il doit être à la charge de

l'État. Les dispositions légales présentes ne contiennent rien qui permette à un magistrat quelconque d'agir, ni même au médecin. D'ailleurs la *Commission extra-parlementaire* chargée de l'enquête préalable à la révision de la loi de 1838 a décidé la création soit d'un asile spécial, soit de quartiers spéciaux annexés à l'asile principal, et les modifications à la loi dans les termes que voici. (Communication de M. Motet.)

Section III. — DES ALIÉNÉS DITS CRIMINELS

Art. 32. — Tout inculpé poursuivi pour crime ou délit qui a été relâché ou acquitté comme irresponsable de l'acte imputé à raison de son état mental, sera interné dans un établissement d'aliénés par mesure administrative.

Si sa sortie est demandée à une époque quelconque pour cause de guérison, elle ne pourra être ordonnée qu'après examen de son état mental par la Commission instituée par l'article 40 (ci-après), assistée du médecin en chef de l'asile et d'un avocat inscrit au tableau des avocats près la Cour ou le tribunal du lieu de situation de l'asile et élu par les membres de cet ordre.

Si la Commission est d'avis, à la majorité des voix, qu'il n'y a pas lieu d'autoriser la sortie, il y sera sursis pendant six mois pour la première fois et pendant un an pour les fois suivantes.

Art. 33. — Sont conduits et retenus dans un asile spécial ou dans des quartiers spéciaux d'aliénés :

1° Les condamnés qui, au cours de leur peine, sont atteints d'aliénation mentale ;

2° Ceux qui, antérieurement à l'époque où la folie se déclare, ont été condamnés à une peine afflictive et infamante ;

3° Ceux *qui ont commis dans l'asile* où ils sont placés un *acte qualifié crime;*

4° Ceux qui, ayant commis des crimes passibles d'une peine afflictive ou infamante, ont été relevés ou acquittés comme *irresponsables* à raison de leur état mental.

En réunissant dans un asile ces quatre catégories, la Commission a pensé qu'elles ne sauraient y être confondues.

Elle a pensé aussi que les paralytiques généraux pourraient, sur l'avis du médecin en chef de l'asile spécial, être renvoyés à l'asile de leur Département d'origine.

M. Dagonet *repousse l'asile spécial disposé en somme comme une maison centrale,* défavorable par suite au traitement ration-

nel de l'aliénation mentale. Il serait au moins convenable de *bien auparavant distinguer le genre de folie qui rendrait cette mesure nécessaire*. Seule une Commission médicale serait compétente. Mieux vaudraient des *quartiers spéciaux* annexés aux asiles. C'est aussi l'avis de M. Delasiauve. M. Legrand du Saulle s'élève encore plus énergiquement contre ce qu'il appelle le *bagne appliqué aux fous*. L'expérience qu'il a faite de la Sûreté de Bicêtre lui fait repousser tout projet tendant à la construction d'une bastille. *Murer à jamais un individu qui peut guérir,* c'est le conduire au suicide !

La péroraison de Legrand du Saulle est à reproduire en partie :

« Quel est le médecin qui est sûr d'une rechute pathologique et d'une récidive criminelle ? Pourquoi faut-il condamner alors un malheureux à passer trente ans ou plus dans votre asile d'aliénés criminels, en prévision d'un attentat qu'il ne commettra peut-être jamais ?.... Assimilez-le au moins au scélérat qui, le jour de l'expiration de sa peine, est libre.... Ayons pour nos malades des entrailles sincèrement paternelles et, sous le prétexte d'accorder à la Société une protection qu'elle ne réclame nullement, ne nous transformons ni en geôliers, ni en bourreaux. Ne sortons pas de notre rôle, restons d'honnêtes médecins. »

M. Foville est, lui, partisan de la *sélection* avant placement et après le placement, en vertu de cette opinion qui dit qu'il n'est pas nécessaire de placer dans l'asile spécial tous les aliénés criminels, ni d'y laisser indéfiniment tous ceux qu'on aura cru devoir y placer. Quant à *leur sortie,* l'article 29 de la loi du 30 juin 1838 suffit.

M. Motet et M. Billod pensent que les conséquences de rechute d'un aliéné criminel sont bien plus graves que celles de la rechute d'un aliéné ordinaire et que, par suite, l'article 29 susvisé et la Chambre du Conseil ne suffisent pas.

M. Motet explique, en outre, que la grande Commission du Ministère de l'Intérieur comprendrait : le Médecin de l'asile spécial, un Inspecteur général du Ministère de l'Intérieur, un Magistrat de la Cour du ressort de l'asile, un membre du notariat, un Avocat. Ce qui, en somme, comme le fait remarquer M. Blanche, ne donne pas une autorité suffisante au corps médi-

cal. Cette Commission ferait l'office des *Commissioners in Lunacy* de l'Angleterre proposant la sortie ou le maintien des aliénés détenus pour le bon plaisir de S. M. à Broadmoor.

*
* *

Nous n'insisterons pas sur la communication ultérieure de MM. Falret et Espiau de La Maëstre à la *Société médico-psychologique,* intitulée *Sortie des aliénés dits dangereux, criminels*[1], des 12 novembre et 10 décembre 1883, ni sur le Rapport de M. Blanche à l'Académie de Médecine[2] en réponse à l'avis demandé par la Commission du Sénat chargée de l'examen des réformes proposées à la loi de 1838, parce que les détails précédents montrent suffisamment les arguments et les mesures qui sont à l'ordre du jour.

Quatre documents nous arrêteront un peu.

Tel le mémoire de Sommer[3] où nous relèverons que la *détention cellulaire* est *rarement cause de folie,* qu'elle n'a pas les inconvénients qu'on lui prête et que c'est tout au plus si elle précipite l'aliénation mentale. Telle encore la discussion des asiles d'aliénés dits criminels à la Société de médecine de *Belgique*[4] qui vote des conclusions identiques à celles de notre Commission extra-parlementaire. Telle aussi l'étude casuistique d'E. Chambard sur la *mise en liberté des aliénés*[5] qui demande la *création de Colonies d'aliénés dangereux;* ces colonies fourniraient aux aliénés, dont la séquestration doit être de longue durée ou illimitée, les éléments d'un travail véritablement rémunérateur et des conditions d'existence aussi analogues que possible à celles qui constituent la vie sociale. Enfin l'Académie de Médecine de *Bruxelles,* en juin 1889, admet la nécessité d'un *asile unique* propre à la séquestration de *tous les aliénés dangereux* — aliénés ayant commis un acte réputé crime — condamnés pour crimes, devenus aliénés après condamnation — aliénés

1. — *Annales médico-psychologiques,* 1884, t. XI, pp. 144 et 300.

2. — *Annales médico-psychologiques,* 1884, t. XI, p. 253.

3. — Contribution à la connaissance des aliénés criminels. *Allg. Zeitschrift für Psychiâtrie,* 1883.

4. — *Annales médico-psychologiques,* 1888, t. VII, p. 189. — Chronique de Ritti.

5. — *Annales médico-psychologiques,* 1888, t. VIII, p. 390.

déjà internés ayant commis ou tenté de commettre un acte réputé crime.

***

Nous avons hâte d'arriver à la communication de M. MARANDON DE MONTYEL sur les *aliénés dits criminels*[1], du 23 février 1891. Cette communication avait, en effet, pour objet de fournir les moyens de dépister la *criminalité dans la folie*, de montrer les *signes physiques et psychiques trahissant l'aliéné dangereux* et le séparant de l'aliéné inoffensif, quelle que soit la forme mentale ; ces signes permettraient de prévoir et par suite d'éviter un malheur. L'humanité, dit l'orateur, se fortifie et s'améliore ; on reconnait cette progression à l'harmonie, à la symétrie physiques et mentales. Ou bien elle s'affaiblit, se dégrade : c'est la désharmonie, l'asymétrie matérielles et intellectuelles. Enfin elle régresse et le type des races disparues reparaît avec ses violences, sa criminalité. Eh bien ! l'aliéné criminel c'est le dégé néré régressif. On reconnait la régression au caractère de violence et de révolte et la folie porte à leur apogée les dispositions criminelles ataviques. C'est pourquoi le condamné, devenu aliéné, est le pire des malades ; chez celui-ci, la régression a agi avant la dégénérescence. *Mais aliéné criminel et criminel devenu aliéné sont à la fois dégénérés et régressifs.* Il faut donc mettre à part dans des asiles spéciaux tous les aliénés chez lesquels on constate, avec les stigmates psychiques, les stigmates physiques de régression, les stigmates physiques de la criminalité de Lombroso ; il faut les y mettre quel que soit leur passé, que l'acte ait précédé ou suivi la folie, qu'il ait été antérieur ou postérieur à la séquestration, même s'il n'y a que des tendances criminelles pourvu que ces tendances soient marquées, indiscutables. Et il convient de remettre à la Justice le soin de les interner ; il faut aussi que leur sortie soit entourée de difficultés telles que la mise en liberté, même après guérison, devienne exceptionnelle.

A cette théorie M. CHRISTIAN[2] répond que la preuve reste à faire et que l'on ne peut jamais préjuger avec certitude de ce que

1. — Société médico-psychologique. *Annales médico-psychologiques*, 1891, t. XIII, p. 434.

2. — *Annales médico-psychologiques*, 1891, t. XIII, p. 452.

sera un aliéné d'après son passé raisonnable. Tout aliéné a la virtualité criminelle ; il peut commettre à tout instant de par son délire une grave infraction à la morale ou à la Loi (Littré) ; sans quoi on ne l'enfermerait pas. Il n'y a médicalement parlant rien qui permette de distinguer l'aliéné qui, sous l'influence de son délire, a commis un crime, de l'individu condamné pour crime et devenu aliéné après condamnation dans la prison où il subissait sa peine.

*
* *

La même année, M. H. Coutagne présente son rapport au Congrès de Médecine mentale de Lyon sur la *responsabilité légale* et la *séquestration des aliénés persécuteurs*. La mise en liberté de ces malades est l'objet de la discussion de la Société médico-psychologique en mars 1892[1]. L'aliéné persécuteur gagnerait, pour M. Coutagne, à être soustrait du voisinage de certains malades agressifs ou incommodes ; la *colonie agricole* pourrait, au moins par moments, lui être appliquée. Quant au persécuteur signalé par un caractère dangereux, intense et incurable on pourrait installer pour lui en Nouvelle-Calédonie une colonie dans laquelle il trouverait un travail approprié, une diversion à ses idées pathologiques, loin des occasions incessantes qui en font le fléau de ses concitoyens de la mère-patrie. Dans l'impossibilité où l'on se trouve d'affirmer la guérison complète et l'innocuité du persécuté devenu calme et peut-être simplement réticent (P. Sollier, P. Garnier, Christian, Vallon, Briand, Joffroy) ; on agite à la Société médico-psychologique l'institution d'une *Commission médicale* chargée de proclamer ou non la sortie exempte de péril (P. Garnier) ; la création de *colonies* spéciales à *liberté relative* pour ceux de ces internés à vie (Joffroy) ; les *sorties sous garanties* comme en Angleterre (Th. Roussel). M. Auguste Voisin cite cependant deux exemples de persécuté même criminel guéris.

*
* *

Il convient de rapprocher de cet ensemble la thèse de C. Allaman[2] particulièrement consacrée à l'analyse des circonstances

1. — *Annales médico-psychologiques,* 1892, t. XV, p. 467.
2. — Des aliénés criminels. Paris, in-8°, 1891.

morbides dans lesquelles les *aliénés deviennent homicides ;* la rechute paraît à l'auteur probable : il réclame des asiles spéciaux comme en Angleterre.

C'est encore en 1892 que paraît le Rapport de M. P. Garnier au 3me Congrès d'anthropologie criminelle[1], qui conclut à la *nécessité de considérer l'examen psycho-moral de certains prévenus ou accusés comme un devoir de l'instruction.* En cinq ans, MM. Magnan et Garnier ont compté à l'admission de Sainte-Anne 255 condamnés qu'on avait dû interner quelques jours après leur jugement. Une inspection médicale de tous les prévenus indiquerait simplement l'opportunité de l'expertise médico-légale pour tels ou tels.

N'oublions pas l'instructif article de P. Næcke sur *la folie et le crime*[2]. Il n'existe pas de psychose propre à l'incarcération ; la fréquence de la démence chez les prisonnières s'explique par leur faiblesse d'esprit originelle ; tout en elles respire le vice, le crime, le manque de sens moral ; les défectuosités du caractère troublent les symptômes de la maladie mentale quand celle-ci se montre. Il n'existe pas davantage de psychoses des vagabonds qui sont des faibles d'esprit, des épileptiques, des neurasthéniques, ou des paranoïques primaires semblables à tous les aliénés de ces catégories respectives. Aliénés criminels et criminels aliénés sont donc simplement intraitables à l'asile, quand leur attitude, leur caractère, leur conduite les rend insoumis. D'ailleurs un très grand nombre de criminels aliénés ont été condamnés injustement parce que déjà malades. Les non-dangereux seront gardés à l'asile ordinaire. Un asile central ne convient qu'aux grands pays et il a beaucoup d'inconvénients ; d'autre part, conserver à l'asile les *criminels aliénés, vicieux et indisciplinés* nuit au traitement des autres aliénés qui exige, contrairement au traitement des premiers, le no-restraint ; mieux vaut les placer dans un *quartier annexe de la prison.* A rapprocher pour mémoire les opinions de Jelgersma, Houzé et Warnots[3]. Il existe des rapports intimes entre les symptômes cliniques du criminel-né et les autres formes de l'aliénation

1. — *Annales d'hygiène publique et de médecine légale,* novembre 1892.

2. — Verbrechen und Wahnsinn beim Weibe. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiâtrie,* 1892.

3. — 3e Congrès international d'anthropologie criminelle de Bruxelles, août 1892.

mentale, surtout par l'intermédiaire des psychoses dégénératives ; les dégénérés sont, comme le dit Ch. Féré, des produits héréditairement dégradés de la race dont ils relèvent ; il faut pour tous ceux qui, soit dans un asile d'aliénés soit en dehors d'un asile, ont, sous l'influence d'un trouble mental, commis ou tenté de commettre un des actes qualifiés crimes ou délits par la Loi, construire des asiles spéciaux comme celui de Broadmoor. (de Bœck et P. Otlet.)

*
* *

Nous ne pouvons que signaler les *folies du caractère* de M. Charpentier [1] et leurs rapports avec les *séquestrations multiples* (Marandon de Montyel [2]) ou avec les *asiles spéciaux ;* elles émanent de vicieux plus ou moins alcooliques, allant de la prison à l'asile et inversement, mettant partout le désordre, au sujet desquels on n'est pas bien d'accord quant à l'opportunité de leur traitement, de leur condamnation, du mode de leur séquestration. Doivent-ils, en qualité de *fous dangereux,* être assimilés au *criminel instinctif* ou *fou moral* que M. Garnier (P.) veut diriger sur des *asiles de redressement,* mais par jugement après expertise médico-légale et ne faire sortir que par une décision de l'autorité judiciaire éclairée par les constatations d'une Commission médicale [3] ?

*
* *

Signalons également le Rapport de M. Motet au nom de la Société de Médecine légale de France au Congrès pénitentiaire International [4]. Tout délinquant irresponsable, ou tout délinquant dont la responsabilité est diminuée au moment du crime ou du délit, doit être interné par décision judiciaire dans un asile spécial ou dans des quartiers spéciaux annexes à un asile ou à une maison de détention.

*
* *

Voici venir maintenant la note de M. Henri Monod sur *les aliénés recueillis après condamnation dans les asiles publics*

1. — Société médico-psychologique, 31 octobre 1892 ; *Annales médico-psychologiques,* 1893, t. XVII, p. 70.

2. — Société médico-psychologique, 27 juin 1892 ; *Annales médico-psychologiques,* 1892, t. XVI, p. 280.

3. — *Annales d'hygiène et de médecine légale,* mai 1890.

4. — *Annales d'hygiène et de médecine légale,* août 1895.

(décembre 1886-1890) *et pour lesquels il semble qu'une expertise médico-légale eût évité la condamnation* [1]. Elle est le complément de la thèse de Pactet sur les aliénés méconnus et condamnés par les tribunaux et d'un rapport précédemment résumé de M. P. Garnier (1892). M. le Directeur de l'Assistance publique de France conclut, d'une enquête sur les asiles publics d'aliénés, que pendant la période quinquennale sus-indiquée il n'y aurait pas eu moins de 700 personnes condamnées, auxquelles une expertise médico-légale eût probablement épargné cette condamnation. Cette constatation efface en grande partie la dénomination des criminels devenus aliénés déjà fortement touchée. M. Monod demande que les juges d'instruction possèdent certaines notions indispensables leur permettant de distinguer l'opportunité de l'examen médical ; que l'on rattache par un lien plus étroit les aliénistes à l'instruction des affaires judiciaires ; que l'on inscrive dans la loi des dispositions donnant à la magistrature toute sécurité au sujet de l'internement des aliénés dangereux.

*
* *

Abordons le rapport magistral de M. Gilbert Ballet, sur les *mesures législatives contre les dits délinquants « irresponsables* [2] ». Ce rapport présenté au Ve Congrès pénitentiaire international de Paris (1895), répond à la question suivante : Quelles mesures sont à prendre dans l'intérêt de la sécurité sociale contre les délinquants irresponsables ou contre ceux dont la responsabilité est diminuée au moment du crime ou du délit (faiblesse d'esprit, aliénation mentale, etc ?...) Il n'y a ni crime ni délit, dit l'article 64 du code pénal français, quand le prévenu était en état de *démence,* terme qui, d'après Chauveau et Faustin Hélie, s'applique « à toutes les variétés de l'affection mentale, quelques dénominations que leur applique la science... pourvu que leur influence sur la perpétration de l'acte puisse être présumée ». Les législations des divers pays ont adopté cette décision avec quelques différences d'interprétation sur les conditions de l'irresponsabilité. Mais les aliénés qui bénéficient en raison de leur état mental d'une ordonnance de non-lieu ou d'un

1. — Communication au Congrès annuel de médecine mentale de Clermont-Ferrand, août 1894. *Annales médico-psychologiques,* 1895, t. I, page 183.

2. — *Annales médico-psychologiques,* 1895, t. II, p. 250.

acquittement n'en constituent pas moins un péril public, et la Société a le devoir de se protéger contre le retour des actes offensifs dont ils sont et restent capables. Après le non-lieu ou l'acquittement, l'aliéné criminel est mis à la disposition de l'autorité administrative qui devient à sa guise l'arbitre de la situation ; si d'aventure l'aliéné est rendu à sa famille, celle-ci n'est nullement obligée à l'internement ; à l'asile, l'aliéné peut être séquestré le temps qu'il plaît au médecin traitant de sorte que les aliénés les plus dangereux pourront être remis en liberté et la Société ne sera pas protégée contre le retour de leurs déplorables entraînements. (Ambroise Tardieu.)

Les fous dangereux se subdivisent, d'après M. Ballet, en :

A) Aliénés chroniques dont le délire incurable peut, jusqu'au voisinage de la mort, faire courir à la Société quelque danger.

Exemples : 1° le délire des persécutions à évolution systématique ;
2° les persécutés persécuteurs (type Falret) ;
3° les maniaques raisonnants ;
4° les imbéciles à instincts pervers ;
5° les obsédés et impulsifs.

Les premiers doivent être internés préventivement et pour toujours ; il faut se défier de leurs rémissions plus apparentes que réelles.

Les seconds, moins homicides que les précédents, sont coupables d'insultes, d'accusations mensongères, de voies de faits ; les maniaques raisonnants s'en rapprochent. On ne saurait poser en principe pour ces malades la séquestration définitive.

Les imbéciles pervers étant congénitalement incurables, il faut prendre à leur égard des mesures protectrices continues et définitives.

Quant aux obsédés et impulsifs, ils présentent des exacerbations et des accalmies justifiant des sorties provisoires.

B) Aliénés par crises de durée courte ou longue avec intervalles normaux ou voisins de la normale.

Exemples : 1° les épileptiques ;
2° la folie intermittente des dégénérés à poussées intermittentes de délire notamment de délire des persécutions ;
3° les alcooliques délirants hallucinés.

Il ne saurait pour les deux premières espèces être édicté de règles uniformes applicables à tous les cas.

Les alcooliques incombent aux asiles d'alcooliques et de buveurs où l'on poursuit le but de les guérir et de la folie alcoolique et surtout de l'habitude de boire.

C) Aliénés atteints de folie transitoire et curable ou de psychoses aboutissant à la déchéance physique et morale, et par suite inoffensifs à un moment donné.

Exemples : 1° mélancoliques ;
2° paralytiques généraux ;
3° déments organiques.

Peut-être pourrait-il y avoir lieu de s'occuper des *mesures préventives* et de veiller à l'application stricte de nos articles 18 et 19 de la loi de 1838 qui visent le danger imminent ou le danger contre l'ordre public des aliénés non séquestrés, et d'obliger, conformément aux articles 11 et 12 du projet de loi italien *Deprétis,* à l'internement quand la police ou le médecin traitant contraints à la déclaration ont avisé l'autorité.

S'agit-il d'aliénés qui se sont déjà rendus coupables d'un délit ou d'un crime, l'intervention de la magistrature dans le placement d'office des aliénés dangereux serait un réel progrès, conformément aux articles 19, §§ 37, 40, 47 du projet de loi soumis au Sénat en 1886[1], et à l'article 30 du projet de loi italien ; ces projets chargent le *médecin* (seul compétent) de *reconnaître la folie et le magistrat d'ordonner les mesures que la folie dangereuse comporte.*

En ce qui concerne l'opportunité de la maintenue ou de la sortie d'un aliéné criminel, les problèmes soulevés sont tellement délicats qu'il y a inconvénient et danger d'en demander la solution au seul médecin traitant. M. Ballet opine :

a) Pour une *Commission médicale* dont le médecin traitant pourrait faire partie, tout au moins à titre consultatif ; cette Commission, après enquête approfondie, déciderait si l'amélio-

1. — Comme nous en sommes maintenant au projet de Loi Dubief, il est inutile de transcrire les rédactions des projets Th. Roussel, J. Reinach, Laffont, qui sont conçus à peu près dans les mêmes termes et dans le même esprit.

ration de l'état mental est suffisante pour qu'on puisse *sans péril* rendre l'aliéné à sa famille ;

b) Mais la magistrature étant intervenue pour le placement, c'est à elle seule qu'il appartiendrait d'y mettre fin, de façon temporaire ou définitive. (Art. 39 du projet de loi français, art. 30 du projet de loi italien.)

En quels établissements séquestrer les aliénés criminels ?

L'article 38 de la loi votée par le Sénat français institue des asiles spéciaux ; Blanche appuie cette création à l'Académie de Médecine, le 22 janvier 1884 ; M. Brunet, d'Evreux, également au Congrès de Médecine mentale de 1889. Bourneville les rejette. M. Ballet distingue entre le *criminel aliéné* et l'*aliéné criminel*. Chez le criminel aliéné l'aliénation mentale n'est qu'un incident, ou tout au moins, un accident secondaire ; il est marqué d'une tare morale et sa promiscuité avec d'autres aliénés constitue une honte ; mettez-le dans une annexe des prisons, ou *dans des asiles-prisons comme Broadmoor et Gaillon.*

L'*aliéné criminel* a une situation morale tout-à-fait différente ; le délit ou le crime n'est qu'un incident de son état morbide.

Bourneville, dans son rapport à la Chambre sur le projet de loi voté par le Sénat, s'exprime ainsi :

« Nous ne voyons pas de raison sérieuse pour séparer les aliénés dits criminels des aliénés ordinaires. Ce sont des malades qui, sous l'influence de leur délire, ont commis des actes pour lesquels ils sont reconnus irresponsables. Ils ont droit, par conséquent, à être traités comme les autres malades, c'est-à-dire internés dans les asiles de leur département.

» Les placer dans des asiles nationaux, ce serait les éloigner de leur famille et aggraver leur situation d'une manière imméritée. Leur nombre, d'ailleurs, est très restreint.... Du reste, les partisans de cette création semblent l'avoir compris car ils demandent que *ces asiles soient en même temps affectés aux aliénés reconnus très dangereux*.

» Nous voyons à cette pratique de graves inconvénients.

» En effet, il est à craindre que les médecins ne se laissent entraîner par les surveillants ou les religieuses à se débarrasser des malades difficiles à soigner et sujets à se livrer à des actes de violence.

» Tous les asiles possèdent des quartiers de cellules destinés

précisément aux malades de cette catégorie et à tous ceux qui exigent une surveillance particulière.

» On a même cherché à créer dans les asiles des quartiers où la surveillance et les installations sont encore plus complètes que dans les quartiers d'agités. Ceci peut être réalisé partout. »

M. Ballet pense aussi que les aliénés criminels ne sont pas plus difficiles à surveiller que les maniaques, les alcooliques aigus, les persécutés et même certains mélancoliques. *Rien ne s'oppose à ce qu'on garde dans les asiles ordinaires les aliénés criminels.*

Il y a, par contre, lieu de *créer des maisons spéciales intermédiaires à la prison et à l'asile* pour les *fous moraux délinquants* rapprochés du criminel-né de Lombroso, qui, généralement condamnés avec atténuation de la peine, sèment le désordre dans les asiles quand ils y sont internés. Dans ces établissements, où la discipline pourrait être rigoureuse, le travail devrait être obligatoire. La séquestration serait ordonnée par la magistrature, sur l'avis d'une Commission médicale. En principe, elle y serait définitive, mais on pourrait tenter des *sorties à titre d'essai* pour ceux de ces déséquilibrés dont les actes n'auraient pas présenté un caractère de gravité exceptionnelle et dont la conduite aurait été satisfaisante. On mettrait dans ces mêmes asiles *certains alcooliques ou épileptiques* ayant commis des méfaits en dehors de toute période délirante, à moins que l'on ne crée pour les épileptiques et les alcooliques des moyens d'assistance particuliers.

Reste le *vol à l'étalage dans les grands magasins ;* généralement après la première inculpation les récidives sont rares ; le chagrin et la honte suffisent pour les prévenir d'ordinaire. Point n'est besoin de recourir, une fois l'ordonnance de non-lieu rendue, à des mesures exceptionnelles.

M. Ballet, en résumé, demande :

1° L'internement et la sortie des aliénés criminels, reconnus après enquête médicale, irresponsables et dangereux, par les soins de la magistrature ;

2° L'internement dans les quartiers annexes des prisons des criminels aliénés ;

3° La création d'établissements intermédiaires à la prison et à l'asile pour y interner, après jugement, les fous moraux et certains autres

délinquants ou criminels dont la responsabilité est considérée en Justice comme aliénée ;

4° Le maintien dans les asiles des aliénés criminels proprement dits.

Dans sa critique de ce travail, M. Charpentier [1] déclare responsables les *aliénés aux séquestrations multiples* désignés sous les noms de fous moraux (folies de caractères), aliénés persécuteurs ; manie raisonnante ; ivrognerie ; mélancoliques délinquants.

Pour les autres, la loi de 1838 n'est pas insuffisante, elle est insuffisamment appliquée. La pratique législative proposée a un inconvénient surtout pour les sorties, l'avis du médecin traitant doit être prédominant.

Quant aux *asiles-prisons* ils ne valent pas la sûreté de Bicêtre perfectionnée, ou Gaillon.

M. Ballet réplique en maintenant que c'est à l'autorité judiciaire que doit appartenir la responsabilité de priver un individu de sa liberté ; voilà pour l'aliéné irresponsable. Quant à la responsabilité partielle, prenons le cas d'un alcoolique criminel, héréditaire, déséquilibré, hystérique, vagabond ; pour lui l'asile-prison (avis conforme de M. Henri Colin).

*
* *

Au rapport de M. Ballet se rattachent les trois questions posées à la Société médico-psychologique par M. Falret le 24 juin 1895 [2].

Doit-on confier ou non à la magistrature *l'entrée des aliénés criminels ?* Qui doit les maintenir ? Qui doit les faire sortir ?

M. Christian croit qu'il y a avantage à adopter qu'en cas de non-lieu l'aliéné criminel serait *ipso facto* placé dans un asile sans l'intervention de l'administration. Pour les questions de maintenue et de sortie il y a avantage à adopter l'idée de la Commission mixte (composée du Préfet ou son délégué, du Procureur général ou son délégué, du Médecin) qui statuerait ou ajournerait à un an ; le juge prononcerait (avis conforme de

1. — La Société médico-psychologique, 30 décembre 1895; *Annales médico-psychologiques,* 1896, t. III, p. 244.

2. — *Annales médico-psychologiques,* 1895, t. II, p. 296.

Vallon, Arnaud, Aug. Voisin, Charpentier). On pourrait d'ailleurs adopter comme en Angleterre et surtout en Écosse les *sorties conditionnelles* (Th. Roussel, Arnaud, Vallon, Christian) avec cautions et surveillance mensuelle ; on éviterait ainsi le danger des rechutes. Dans le cas de récidive identique comme celui du malade de M. Charpentier qui deux fois de suite tua sa femme et son enfant, le maintien à vie est de rigueur. (J. Voisin.)

* * *

Traitant du *crime* des *criminels* et des *aliénés criminels* M. D. Nicholson [1], le savant médecin de Broadmoor montre, par une statistique imposante, qu'il *n'y a pas de criminel-né ;* qu'il est impossible d'appliquer à la généralité des criminels des caractères physiques et mentaux arbitrairement choisis chez un nombre restreint de sujets ; qu'il faut tenir plus de compte des circonstances et motifs : la preuve, c'est que l'éducation et la discipline amendent les malheureux réfractaires, malgré les tares héréditaires dont ils sont chargés. Les *aliénés criminels* se distinguent des criminels ordinaires par la fréquence plus grande des crimes de violence (meurtres, tentatives de meurtre), le vol prédominant chez le criminel ordinaire.



Un cas dans lequel l'intervention de la magistrature serait, selon M. Ch. Vallon, indiquée [2] est celui relatif à un jeune homme de moins de 20 ans qui est *obsédé du besoin de tuer les filles publiques.* Qu'en faire quand la famille réclamera sa sortie ? Il a positivement lardé de coups de couteau une prostituée. Il conviendrait qu'avec l'ordonnance de non-lieu la magistrature prît l'initiative d'envoyer le malade dans un asile pour un temps minimum limité au bout duquel on serait appelé à se prononcer de nouveau sur l'opportunité du maintien ou de la sortie. Mêmes avis que précédemment de MM. P. Garnier, Charpentier, G. Ballet, Arnaud et Christian.

1. — Discours à la 54e réunion annuelle de l'Association médico-psychologique anglaise. *The journal of mental science,* octobre 1895.

2. — Obsession homicide. Société médico-psychologique, 25 novembre 1895. *Annales médico-psychologiques,* 1896, t. III, p. 112.

M. P. Garnier, dans son rapport au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Nancy [1], août 1896, apprécie nettement à son point de vue certaines des questions qui nous intéressent :

1° La qualification de *dangereux* appliquée à telle ou telle catégorie d'aliénés ne suffit pas à déterminer exactement quels sont les malades qui doivent être internés à l'exclusion des autres, attendu que, d'une part, on ne saurait affirmer qu'un aliéné *réputé inoffensif ne peut devenir à un moment donné une cause de danger* et que, d'autre part, c'est un devoir d'assistance d'hospitaliser des aliénés indigents qui, pour n'avoir pas troublé l'ordre de la rue ou menacé la vie des personnes, n'en ont pas moins besoin de ces soins spéciaux sans lesquels leur maladie s'établit le plus souvent à l'état chronique. — 2° Les plus grandes réserves sont recommandées quand il s'agit d'autoriser la *sortie* de certains malades que la *logique même de leur délire rend éminemment dangereux,* les *délirants persécutés,* par exemple, dont les efforts de dissimulation peuvent parvenir à tromper le médecin. — 11° Utilité des Sociétés de patronage. — 14° La loi de 1838 est bonne pourvu qu'on n'en oublie pas les dispositions fondamentales. — 16° La loi de 1838 qui suffit à garantir la liberté individuelle par les formalités requises pour l'entrée des malades à l'asile s'est montrée plus imparfaite dans ses précautions au sujet de la *sortie d'aliénés dangereux réputés guéris mais légitimement suspects de rechute.* Sur ce point elle est heureusement complétée par les articles 36, 37, 38, 39, 40 de la loi votée par le Sénat et portant création d'*asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels.* — 17° Il y a lieu d'étendre, par un article additionnel, ces précautions aux *délirants alcooliques récidivistes* dont on ne peut assurer actuellement la guérison et contre lesquels la société ne peut efficacement se défendre.

Quant aux individus que les italiens appellent des *demi-fous,* tantôt déclarés responsables, tantôt partiellement responsables, qui vont tantôt à la prison, tantôt à l'asile, moitié malades et moitié pervers, ils devraient être placés dans un établissement spécial qui serait l'*asile-prison* ou l'*asile de sûreté.*

M. Charpentier réitère son opinion sur ces derniers qui doivent, à son avis, être punis.

M. Bourneville demande à distinguer :

a) Pour les criminels devenus aliénés, il faut des établissements spéciaux ;

b) Les aliénés devenus criminels doivent être laissés dans les asiles ordinaires ;

1. — Internement des aliénés. Thérapeutique et législation.

c) Avant de créer des asiles pour les incurables et les alcooliques il conviendrait de faire judicieusement face au traitement des aliénés de toutes les catégories.

*
* *

Un nouveau jalon est planté par M. Ch. Constant, avocat, à l'aide de son Rapport à la Société générale des prisons le 28 avril 1897, et de la discussion longue qu'il suscite les 19 mai, 16 juin, 17 novembre de la même année [1]. Nous condenserons successivement l'entrée en matière, l'état de la question et le résumé de la discussion par l'auteur du rapport, qui tient lieu de vote, la Société n'ayant pas coutume de prendre des résolutions.

Son historique comprend :

1° L'amendement à la loi de 1838, de M. Boyard ;

2° La discussion de la Société médico-psychologique, 1868-69 ;

3° L'étude de la Société de Législation comparée (1870), au rapport de M. Bertrand ;

4° Le vœu de la Société de Médecine légale de France au rapport de M. E. Demange, avocat, 1877 ;

5° L'enquête et l'examen de la Société générale des prisons aux rapports de M. Proust, 1878-1881 ;

6° Le vœu du Congrès des Sciences Médicales de Bruxelles, 1875 ;

7° La résolution du Congrès de Médecine mentale de Paris, 1878 ;

8° Le vœu du Congrès International pénitentiaire de 1895 ;

9° L'enquête administrative de 1869 ;

10° Les projets de loi Gambetta et Magnin (21 mars 1870), Th. Roussel, Jozon et Albert Desjardins (25 juillet 1872) ;

11° Les résolutions de la Commission extra-parlementaire du 10 mars 1881 ;

12° Le projet de Loi au Sénat du 25 mars 1882 ;

13° Le rapport sur le projet Th. Roussel, et sa discussion au Sénat du 25 novembre 1886 au 11 mars 1887 ;

14° Les décisions du Conseil supérieur de l'Assistance publique, 1891 ;

15° Le vote du projet de Loi par le Sénat, le 11 mars 1887 ; transmis à la Chambre des députés le 21 juin suivant, il a été maintes fois repris et successivement rapporté par Bourneville (12 juillet 1889), Ernest Lafont (21 décembre 1891 et 19 février 1894), Fernand Dubief (27 novembre 1896) ; ces rapports n'ont jamais été discutés.

Puis M. Constant pose en principe que les *aliénés criminels sont extrêmement dangereux,* qu'il convient de leur assurer un

1. — *Revue pénitentiaire,* 21e année 1897, pp. 766, 777, 852, 997, 1259.

internement spécial. Personne, dit-il, ne conteste l'utilité des quartiers spéciaux auprès d'un établissement pénitentiaire pour les condamnés devenus aliénés *(criminels aliénés).* En tout cas où mettre les criminels devenus aliénés à l'expiration de leur peine ?

Quant aux *aliénés criminels :*

— Faut-il les séparer des aliénés ordinaires ? opinion favorable de E. Lafont, opinion contraire de Bourneville.

— Faut-il les mettre dans un asile spécial d'État comme en Angleterre ?

— Faut-il les mettre dans un quartier spécial près d'un asile d'aliénés ?

— Faut-il simplement mettre dans un asile spécial de l'État les aliénés criminels ayant commis des fautes graves ?

— Faut-il interner les aliénés criminels ayant commis des fautes moins graves dans les asiles départementaux ordinaires ou dans des maisons spéciales ?

Quelle autorité prononcera l'internement des aliénés criminels ?

1° La loi de 1838 impose aux *Préfets* l'obligation des placements d'office dans un asile des individus qui compromettent l'ordre public et la sécurité des personnes (article 19). On pourrait ajouter l'*obligation de prononcer l'internement de toutes personnes désignées par l'autorité judiciaire,* ayant bénéficié d'une ordonnance de non-lieu ou d'un acquittement pour cause d'aliénation mentale ;

2° Le droit de *sortie* de ces individus serait, au contraire, retiré aux Préfets et mis entre les mains de l'*autorité judiciaire ;* sur demande du séquestré, celle-ci vérifierait et déciderait ;

3° On tend aussi à *substituer complètement l'autorité judiciaire à l'autorité administrative* dans toutes les mesures à prendre à l'égard des aliénés criminels. Ainsi, après jugement motivé, de non-lieu ou acquittement, le *Ministère public devrait requérir le Préfet d'admettre l'individu ainsi relaxé ou acquitté dans un asile d'aliénés spécial aux aliénés criminels ;*

4° Dans le cas du jury (le verdict est toujours alors immotivé), faut-il poser aux jurés la questions de démence comme cela se fait en Angleterre, en Écosse, en Irlande, aux États-Unis, en

Italie, en Autriche, en Bavière, en Espagne, dans le canton du Tessin, en Norwège, en Russie[1] ; — faut-il après le verdict que la Cour d'assises délibère sur la démence et la nécessité de l'internement ?

M. Constant consacre un paragraphe à la question de savoir quelle est l'autorité administrative qui statuera sur la *mise en liberté ?* Si l'aliéné criminel ne peut sortir qu'en vertu d'une décision de l'autorité qui aura statué sur son internement (Congrès des sciences médicales de Bruxelles), il va de soi que dans le cas d'internement par le corps judiciaire ce sera l'autorité judiciaire (Congrès pénitentiaire international de 1895), la *Chambre du Conseil, par exemple,* mais après intervention de l'autorité administrative et des médecins de l'asile où l'aliéné criminel a été interné. Le Congrès de médecine mentale de Paris (1878) a notamment adopté le mécanisme suivant :

a) Requête du séquestré ou de toute personne s'intéressant à lui devant le tribunal civil du ressort d'où émane la décision judiciaire ayant prononcé l'internement ;

b) Intervention du Ministère public, qui convoque la Commission permanente des aliénés du département où l'aliéné est interné ; chargée de statuer sur le rapport du médecin traitant, elle peut toujours faire appel aux lumières et au concours de tous autres médecins aliénistes ;

c) Rapport de cette Commission transmis au tribunal ;

d) Décision de la Chambre du Conseil du tribunal après débats contradictoires ;

e) Si le tribunal juge que l'*individu n'est pas susceptible* de *rechute,* il ordonne la mise en liberté soit à titre définitif, soit à titre provisoire, sinon il surseoit à la sortie pour une année au plus.

En 1881, la Société générale des prisons disait : « la sortie d'un aliéné criminel ne pourra avoir lieu que sur l'avis du Procureur de la République et après expertise ». Elle concluait encore dans le cas de jugement pour aliénation mentale, à l'internement dans un asile spécial ou dans un quartier spécial dépendant soit d'un établissement pénitentiaire soit d'un asile ordinaire ainsi qu'à la

1. — Voir les deux enquêtes à l'étranger de la Société générale des Prisons. — *Revue pénitentiaire,* 1878, p. 956 ; 1879, pp. 30, 169, 250 ; 1897, p. 237.

réquisition de cet internement par le Ministère public. — En ce qui concerne les assises, elle pensait que le jury devait être appelé à se prononcer sur l'état mental de l'accusé. — Elle voulait aussi que dans tous les cas le Préfet fût tenu de faire droit aux réquisitions du Ministère public. Pour la sortie des aliénés criminels ou, à l'expiration de la peine, des criminels aliénés, elle pourrait être demandée conformément à l'article 29 de la loi de 1838 à l'autorité judiciaire ; le tribunal statuerait en Chambre du Conseil après simple requête, et, à la suite des vérifications nécessaires. Or, le Sénat, en 1896, n'a pas adopté toutes ces résolutions[1].

La discussion a lieu en trois directions. Les uns examinent surtout la procédure à suivre. Les autres portent leur effort sur le genre d'assistance médico-administrative. D'autres se prononcent sur les deux ordres de considérations. M. Constant, en ayant à la fin du débat, *bien résumé* les tendances, nous ne pouvons mieux faire que de transcrire ce résumé[2] :

1° Il y a, dit-il, unanimité pour imposer à la juridiction pénale, quelle qu'elle soit, l'obligation de constater dans sa décision l'état mental de l'inculpé au moment de l'action ;

2° Il paraît du reste nécessaire que la juridiction pénale, ou bien statue sur l'internement ou renvoie l'individu ainsi relaxé, acquitté même, devant la juridiction civile pour être statué sur son internement ou sa mise en liberté provisoire ou définitive ;

3° En ce qui concerne la Cour d'assises, les opinions ont été diverses. Les uns ont admis que le jury statuerait ; pour les autres ce doit être la Cour. En tout cas il faudra que le jury ou la Cour se prononce sur l'état mental de l'accusé, lorsque, résultant des débats, la question d'aliénation mentale sera posée, afin de pouvoir préserver la Société contre l'acquittement de l'aliéné ou du présumé tel ;

4° L'autorité judiciaire et non l'autorité administrative sera désormais appelée à se prononcer sur l'internement ou sur la mise en liberté provisoire ou définitive de l'aliéné criminel ou du criminel aliéné;

1. — Nous nous occuperons plus loin exclusivement du projet Dubief.

2. — Les illustrations juridiques ou médicales qui ont pris part à cette consultation sont : *MM. les Conseillers* PETIT, GREFFIER, FLANDIN, MUTEAU, POUX-FRANKLIN ; le Substitut BRÉGEAULT ; G. LEREDU, BOGELOT, BOUCHACOURT, Léon DEVIN, REMACLE, LACOIN, avocats ; BRUNOT, GRANIER, inspecteurs généraux des Prisons ; CHEYSSON, G. PICOT, Th. ROUSSEL ; Clément CABANES, ex-magistrat ; BERTHÉLEMY, A. LE POITTEVIN, LÉVEILLÉ, professeurs à la Faculté de Droit ; G. BONJEAN, juge ; TARDE, chef de Bureau à la Justice ; le Sénateur BÉRENGER ; les députés DUBIEF, Joseph REINACH ; le pasteur ARBOUX ; A. RIVIÈRE.

5° L'internement aura lieu dans un asile spécial ou tout au moins dans un quartier spécial afin que l'individu relaxé ou acquitté, en état d'aliénation mentale, ne puisse demeurer un danger pour lui-même et pour la Société.

Il est cependant des communications que nous considérons comme essentiel de faire figurer dans cet exposé. Nous les reproduisons en abrégé.

M. Motet signale les inconvénients qui résultent de l'insuffisance des renseignements transmis aux médecins des asiles ; il montre que les simulateurs sont insuffisamment observés faute de locaux *ad hoc*. Autrement dans la Seine, les *individus inculpés de délits* sont, après ordonnance du Juge d'Instruction, envoyés à l'infirmerie du Dépôt ; cela suffit. Les inculpés de vagabondage, de vol à l'étalage, ne comportent pas des mesures de préservation sociale ni très sévères, ni très prolongées.

Les *criminels* (assassins, incendiaires volontaires, etc.), pour lesquels une simple ordonnance de non-lieu a été rendue, ne conviennent pas aux asiles d'aliénés ordinaires qui tendent à devenir ouverts. Il leur faut un *asile spécial* administré par l'État et lui appartenant, disposant d'un gardien par cinq malades.

Il faut encore annexer *aux prisons des quartiers spéciaux* pour aliénés en cours de peine.

M. Fernand Dubief. — L'expertise bien faite empêcherait que l'aliéné arrive, sinon jamais, au moins souvent, jusqu'à la Cour d'assises. Quand le détenu arrive devant le *Jury*, si celui-ci le déclare coupable, c'est que, d'après lui, ce n'est pas un aliéné ; s'il le déclare non coupable, il est facile, d'après les documents et les circonstances de la cause, de relever que cette non-culpabilité tient au manque de responsabilité qu'on constate chez lui. Est-il *irresponsable,* c'est un malade qui appartient aux médecins.

C'est la *Chambre du Conseil* qui statuera sur l'*internement* des aliénés criminels. Donc, le prévenu reconnu innocent par le jury est renvoyé de son état d'inculpé à celui de réel malade, et la Chambre du Conseil ordonne l'internement dans les formes prescrites par la loi, avec toutes les garanties médicales nécessaires.

La *limite de l'internement* doit être mesurée par la durée de

l'état qui compromet la sécurité ou la morale. Le malade doit être gardé dans l'établissement jusqu'à ce que l'on puisse dire : « ce malade, dangereux autrefois pour la sécurité publique et l'ordre moral, a cessé de l'être complètement ».

Il faut *faciliter l'internement des aliénés dangereux* et qu'on puisse arriver à les soigner même malgré eux ; tels ceux qui ont commis de monstrueux attentats ou méfaits divers avec répétition d'actes criminels, tels ceux qui n'en ayant pas commis sont susceptibles d'en commettre comme les épileptiques, les persécutés, les délirants alcooliques. Aussi, enlevant le droit d'internement à l'Administration, nous le donnons à l'autorité judiciaire ; nous voulons étendre ce droit, organiser la *prévoyance* de façon à diminuer autant que possible le nombre des méfaits de toutes sortes qui sont imputables aux aliénés.

L'instruction devrait être également plus préoccupée du souci de rechercher, en toutes circonstances, si vraiment le prévenu est responsable.

Les asiles ?

a) L'idéal serait d'avoir des asiles-écoles, des asiles-prisons, des asiles de traitement, l'assistance familiale pour les déments inoffensifs ;

b) En attendant, ayons dans *chaque asile ou dans chaque région des quartiers spéciaux* pour recevoir les aliénés criminels.

Mauvais sont les quartiers annexés aux prisons parce que le malade doit être traité comme malade ; ce n'est plus un coupable ;

c) Absolument nécessaires sont les *quartiers spéciaux annexés aux asiles* pour les *aliénés dangereux,* qu'ils soient aliénés criminels ou non ; à moins qu'on ne veuille centraliser les aliénés dangereux dans un certain nombre d'asiles régionaux où seraient aménagées des divisions propres à recevoir de pareils hôtes ;

d) Quant aux *criminels devenus aliénés* il faut aussi les séparer des autres aliénés ; leur promiscuité cause aux autres aliénés des impressions désagréables. Il y a des aliénés sur la limite, sensibles, capables d'éprouver des impressions durables, qui s'en effarouchent.

M. P. Garnier veut que « l'ordonnance, le jugement ou l'arrêté décide si l'individu qui en est l'objet doit être retenu (par mesure de sécurité sociale) dans un des *asiles* ou *quartiers spéciaux de sûreté* dont la création s'impose pour l'application de cette mesure ».

Les *asiles-prisons* seraient affectés aux *condamnés* frappés d'aliénation mentale en cours de peine.

Si l'on devait enfermer dans des *quartiers ou asiles spéciaux* tout inculpé ou tout criminel reconnu irresponsable à raison de son état mental, on arriverait à un chiffre excessif. Ainsi pour le Tribunal de la Seine de 1892-1896, on aurait obtenu le chiffre de 1704. *Et le souci qu'on aurait de la sécurité sociale empêcherait les sorties ;* quel encombrement fatal ! Et combien triste cet asile à hautes murailles, à grilles intimidantes ! Le délit et même le crime de l'aliéné n'est, au demeurant, qu'un fait d'aventure, un accident, un malheur. C'est pourquoi il faut que l'ensemble des faits, l'enquête médicale établissent que *ce malade est par tendances naturelles de son état morbide ou de son délire, par ses perversions instinctives, un être essentiellement nuisible,* de qui une nouvelle offense est toujours à craindre. *Faites donc un* choix *parmi ces irresponsables.*

« Je ne vois à diriger sur cet *asile de sûreté* que *les irresponsables systématiquement nuisibles* » :

— *Fous moraux* sans délire ni hallucinations, c'est-à-dire criminels instinctifs, cyniques, perturbateurs, incompatibles avec les honnêtes aliénés (promiscuité), incompatibles avec les asiles à portes et fenêtres ouvertes, incapables d'amendement, pervers.

— *Dégénérés alcooliques.*

Tous gens douteux, qui sortent souvent sur les réclamations de personnes influentes, gens excessivement dangereux, mais à diriger sur un asile à raison des lacunes de leur organisation.

M. Charpentier. — Les *asiles d'aliénés criminels* sont inutiles. Ceux qu'on propose d'y envoyer peuvent être divisés en quatre groupes :

a) Les *criminels aliénés* dirigés sur nos asiles à l'expiration de leur peine sont trop peu nombreux pour justifier un asile spécial, quoique leur mélange avec des aliénés non tarés soit regrettable ;

b) Les individus *acquittés comme irresponsables* se divisent en :

α) Sujets en état de *démence au moment de l'action qui ne sont plus aliénés au moment du verdict ;* il y en a peu et la loi de 1838 suffit pour eux ;

β) Des *pseudo-irresponsables* que l'on désigne à tort sous le nom de *délinquants irresponsables.* Ce ne sont pas des aliénés ;

γ) Un grand nombre d'individus ayant été l'objet d'ordonnances de non-lieu tout aussi responsables que ceux de la catégorie β ;

δ) L'*aliéné criminel proprement dit,* c'est, en réalité, l'individu séquestré comme aliéné *qui a commis un crime dans l'asile* ou qui est *dangereux* à raison d'autres actes commis également dans l'asile et assimilables à des délits ; ce *sont les fous dangereux dans les asiles.* C'est encore pour une grande part le pseudo-irresponsable qui n'aurait pas dû être séquestré dans un asile ordinaire et pour les mêmes raisons ne devrait pas non plus être placé dans un asile d'aliénés criminels.

M. Henri Colin [1]. — L'*aliéné criminel* n'est ni un aliéné ordinaire, ni un criminel ordinaire ; c'est un individu spécial qui diffère et de l'un et de l'autre. (Brayn, Lentz, Hasse, Motet, Garnier, Auguste Vigouroux [2]). *Il se confond* avec *le criminel aliéné,* car, parmi les condamnés reconnus aliénés dans les prisons, il y en a un quart qui étaient déjà aliénés quand ils ont été condamnés, soit que les experts n'aient pas réussi à convaincre les juges, soit qu'ils n'aient pas même été consultés. S'il est, et il en est, des condamnés devenus aliénés dans les prisons, dans la pratique ils s'identifient aux aliénés criminels ; car le régime de la prison n'entre pas en ligne de compte dans l'état psychopathique, et ils sont des prédisposés à l'aliénation mentale.

Le même traitement incombe aux aliénés criminels et aux criminels aliénés ; il ne faut pas les mettre dans un asile-prison.

Pour l'*aliéné criminel* ainsi envisagé, il faut un *asile spécial* sous le contrôle immédiat de l'État et soustrait aux influences locales. C'est le seul moyen d'obtenir leur internement malgré les maires, d'avoir un chiffre de malades permettant le travail et de ne pas défigurer l'asile normal ouvert par l'addition

1. — L'organisateur du quartier de Gaillon pour condamnés (criminels aliénés), auteur du livre *Les aliénés dans les prisons,* en collaboration avec M. Pactet. Paris, in-18, 1902.

2. — Vigouroux et Colin. Congrès de Toulouse, 1897.

d'un quartier de force. Ce sera un *asile de sûreté.*

Cet asile de sûreté sera approprié :

— Aux persécutés homicidants récidivistes ;
— Aux persécutés persécuteurs ;
— Aux fous moraux pervers à colères furieuses, impulsifs (type Charpentier) ;
— Aux épileptiques particulièrement violents et comploteurs ;
— Aux fous moraux particulièrement agressifs.

On en évitera l'encombrement en *évacuant sur les asiles ordinaires* les aliénés incurables devenus inoffensifs, exemple les déments ; en n'y recevant que les aliénés criminels ayant d'abord passé par l'asile ordinaire et envoyés à l'asile de sûreté sur la demande des médecins traitants ; en effectuant des libérations conditionnelles sous le contrôle de l'État.

Le placement n'y pourra être effectué que par l'autorité judiciaire après expertise ; c'est l'autorité judiciaire qui en ordonnera la sortie sur la proposition du médecin traitant.

L'aménagement intérieur de l'asile de sûreté dépendra des conditions locales.

Aux *grandes prisons* on pourra *annexer* un *quartier* spécial ; on y observera les inculpés présumés aliénés. C'est alors seulement que l'expertise médico-légale se pourra faire en toute sécurité. *Là seulement les détenus simulant la folie pourront être soumis à une surveillance médicale de tous les instants.*



Entre temps, le *Congrès international de médecine légale de Bruxelles* du mois d'août 1897 avait été catégorique : suivant les avis de MM. Leredu, de Buschère et Motet avaient été résolues [1] : la séquestration de l'aliéné criminel et délictueux dans un asile spécial d'État — celle du criminel aliéné dans un asile spécial ou un quartier spécial de l'asile spécial — la déclaration de l'irresponsabilité pour l'autorité judiciaire, quelle que soit la juridiction pénale, avec la mention de l'état mental de l'inculpé relaxé ou acquitté au moment de l'action, complétée par

1. — *Revue pénitentiaire,* 21[e] année, 1897, p. 1259.

un arrêt d'internement — la sortie de l'aliéné criminel reconnu guéri, sur décision de l'autorité judiciaire.

Les individus condamnés comme ayant commis un crime ou délit et dont *la peine a été atténuée* en raison de leur état intellectuel inférieur, *ou l'aliéné criminel qui a recouvré la santé au moment de l'examen de l'affaire,* doivent aussi être internés dès la première affaire, *à l'asile spécial,* par décision de l'autorité judiciaire immédiatement. « Il faut interner dans l'asile spécial le criminel devenu aliéné et le criminel irresponsable jusqu'à ce que tout danger de rechute ait disparu, ne plus s'attacher exclusivement à l'existence où à l'inexistence actuelle chez lui de l'aliénation mentale, mais travailler à la guérison complète, radicale, de la cause qui a amené l'accès d'aliénation mentale, et ne remettre le sujet dans la Société que lorsque cette guérison radicale et exempte de rechute probable sera obtenue. »

Telle fut l'unanimité de ces vœux peut-être quelque peu draconiens.

*
* *

En 1898, paraît le fort important mémoire de J. Ramadier et A. Fenayrou, intitulé : *de la Criminalité chez les aliénés du département de l'Aveyron*[1] et appuyé de 35 observations.

Pour eux tous les aliénés ou presque tous sont susceptibles de devenir dangereux. Si dans certains cas il est presque impossible d'affirmer que tel d'entre eux ne peut, sans danger, rester en liberté, on ne saurait jamais soutenir qu'un autre est inoffensif et n'a pas besoin d'être interné. Chez nombre d'aliénés, un fait insignifiant, la première occasion venue deviennent parfois, alors qu'on s'y attend le moins, la cause d'un crime.

Il faut donc, afin de prévenir cette occasion, *réaliser l'internement précoce de tous les aliénés.* Pour cela il convient :

a) De réagir contre les préjugés qui éloignent les malades des asiles ;

b) De divulguer les dangers de l'aliéné en liberté et les avantages de les traiter aussitôt que possible ;

1. — *Annales médico-psychologiques,* 1898, t. VII, pp. 63, 233, 402; t. VIII, p. 75.

c) De traiter vite ; cela réalise une économie et s'oppose à la procréation d'êtres anormaux ;

d) De supprimer les embarras financiers des communes pauvres en mettant les aliénés à la charge de l'État ; celui-ci solderait les dépenses au moyen d'un impôt communal général proportionné non au nombre des aliénés par commune mais aux ressources de chaque commune ;

e) De simplifier les formalités administratives si longues à l'égard des aliénés indigents ; on devrait autoriser l'admission provisoire sur certificat d'un seul médecin, sauf à prononcer l'admission définitive après toutes enquêtes et examens jugés utiles ;

f) De permettre les placements volontaires gratuits.

Mesures à prendre à l'égard des aliénés dits criminels. — MM. Ramadier et Fenayrou admettent l'*internement* par *l'autorité judiciaire*. La *sortie* ne pourrait être prononcée que lorsque la guérison aurait été constatée par un certain nombre de médecins ayant à leur disposition un dossier complet ; et encore, serait-il prudent d'exiger, avant la libération, un *internement supplémentaire d'épreuve ;* la durée en serait fixée par une commission de magistrats et de médecins, *qui se baseraient non pas seulement sur la gravité des crimes ou délits, mais sur l'importance des tendances nocives manifestées par l'aliéné ainsi que sur la nature de l'affection mentale.*

Où interner l'aliéné criminel ?

Il existe deux espèces d'aliénés criminels : les aliénés criminels d'occasion et les aliénés criminels d'habitude.

Les *aliénés criminels d'occasion,* les plus nombreux (dans l'Aveyron), ne sont ni plus ni moins dangereux que les aliénés ordinaires ; ils ne sont la plupart du temps devenus criminels que par suite du retard apporté à leur séquestration. L'*asile ordinaire leur suffit.* On en peut trouver dans toutes les formes d'aliénation mentale ; on les rencontre cependant plus fréquemment dans celles caractérisées par un arrêt de développement des facultés intellectuelles ou par l'affaiblissement de ces facultés : débilités mentales, démences, y compris la paralysie générale [1]. L'occasion, c'est soit une recrudescence du délire ou un

1. — Lettre personnelle du Dr Ramadier du 29 décembre 1903.

accès d'agitation, une discussion, une querelle, une simple rencontre fortuite, soit le fait le plus insignifiant de l'existence. Dans cette association de l'occasion et des particularités psychiques qui constituent les motifs et mobiles, l'occasion joue le rôle décisif.

Les *aliénés criminels d'habitude, foncièrement dangereux,* comprennent[1] : des dégénérés à perversions instinctives (fous moraux, alcooliques, impulsifs, imbéciles avec mauvais instincts); des mystiques hallucinés; certains épileptiques; certains persécutés. A Rodez, par suite des formes de folies prédominantes, ce sont des imbéciles avec mauvais instincts et des mystiques hallucinés. Pour eux, l'*asile spécial,* muni d'un personnel expérimenté, propre aux mesures extraordinaires de précaution qu'on ne saurait appliquer à des aliénés ordinaires. Chez ces aliénés foncièrement criminels, les actes nuisibles relèvent exclusivement de l'état mental ; les motifs et mobiles trouvent en eux-mêmes l'énergie nécessaire pour provoquer crimes et délits. Leurs tendances nuisibles ne demandent qu'à se manifester par des actes, et, dans ce but, s'adaptent aux premières circonstances venues.

Il est évidemment parfois difficile de classer un aliéné dit criminel dans le second groupe plutôt que dans le premier. Il existe des cas douteux. Mais une erreur est toujours facile à réparer, et les inconvénients, minimes, seront largement compensés par les avantages que procurera ce système, au point de vue de la *préservation sociale.*

« Le nombre des aliénés criminels d'habitude internés augmentera le jour où on aura créé des établissements spéciaux à leur intention. Tribunaux et experts se montreront beaucoup plus coulants pour admettre, comme aliénés, *certains anormaux dangereux,* lorsqu'on aura la certitude que ces criminels, bien que reconnus irresponsables, n'en seront pas moins séquestrés étroitement et mis effectivement hors d'état de nuire. »

Mais aussi certains aliénés considérés comme *criminels d'habitude peuvent, à la longue, cesser de l'être,* par suite de l'évolution de leur délire, de la disparition de certains symptômes.

1. — Lettre personnelle.

Sur une population de 212 hommes et de 194 femmes, il existerait à Rodez 65 aliénés criminels du sexe masculin et 31 aliénés criminels du sexe féminin, soit 30 °/₀ pour les hommes et 16 °/₀ pour les femmes. Soixante-quinze à quatre-vingt pour cent de l'ensemble sont des aliénés criminels d'occasion.

***

Quelques mots sur le rapport de M. Taty au Xᵉ Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Marseille le 7 avril 1899 [1]. L'auteur distingue les *aliénés méconnus et condamnés* en ceux dont l'état mental a été totalement méconnu, et ceux dont l'état mental a été méconnu malgré l'examen médical.

Il propose les *moyens préventifs* suivants propres à empêcher la condamnation d'un aliéné : — *a)* Développer l'enseignement des maladies mentales ; — *b)* Étendre cet enseignement aux étudiants en droit, futurs avocats, magistrats instructeurs ; — *c)* Organiser un service médical chargé de visiter tous les prévenus incarcérés ; service pouvant être mis à la disposition des prévenus en liberté et poursuivis par citation directe ; — *d)* Des expertises contradictoires ; — *e)* L'intervention de la magistrature pour le placement d'office des prévenus reconnus aliénés ; — *f)* La nécessité pour le jury de statuer sur l'irresponsabilité des accusés ; — *g)* La création d'*asiles de sûreté,* sous différentes réserves, sous celle notamment que le placement n'y sera effectué qu'*après avis médical motivé, et quand l'asile ordinaire sera reconnu insuffisant.*

Il faut en second lieu *réparer, réhabiliter* l'aliéné condamné à tort, en — réformant le jugement par la voie de l'appel et faisant agir d'office les procureurs généraux qui jouiront dans ce but d'un délai exceptionnel de deux mois — faisant, quand la condamnation est devenue définitive, intervenir l'inspection psychiatrique des prisons afin de placer ce malade dans *un asile ordinaire et non dans un asile spécial.*

Ces conclusions adoptées par le Congrès ont été corroborées par le vote du vœu de M. Mabille que les expertises ayant trait à des aliénés soient toujours confiées à des spécialistes.

1. — Voyez chronique de A. Giraud *in Annales médico-psychologiques, 1899,* t. IX, p. 368.

C'est dans ces conditions que M. l'Inspecteur général A. Regnard présentait au Conseil supérieur de l'assistance publique (4e section) son Rapport sur la *création d'asiles spéciaux pour les aliénés criminels*[1].

Considérant principalement la victime du crime, le dommage causé à la Société, l'acte criminel avec toutes ses conséquences, l'auteur admet que l'aliéné criminel soit enfermé pour le reste de ses jours, plus durement traité en ceci que tel assassin qui, « n'obtenant pas la faveur du non-lieu », s'en tire avec quelques années de réclusion. Étant donné qu'en certain cas la limite est à peu près impossible à tracer entre le crime et la folie, il est, à son sens, justifié d'employer le terme d'aliénés criminels. C'est pourquoi, en Angleterre, depuis l'attentat d'Hadfield contre Georges III (1800), on n'a cessé de se servir d'un régime spécial à l'égard des aliénés criminels (Insane Offender's Act. 39 et 40. Georges III C. 94, 28 juillet 1800) et de le perfectionner (criminel lunatic's Act. 1884, 47 et 48. Vict. C. 64).

A Broadmoor (comté de Berks) sont reçus : — *a)* les aliénés criminels non jugés, reconnus aliénés avant le procès et pendant l'instruction ; — *b)* Les aliénés criminels jugés, soit acquittés comme fous, soit bénéficiant d'un sursis à cause de la folie dans le cas de la condamnation capitale ; ces deux catégories composent, les aliénés à sursis sauf, la série des aliénés criminels gardés *at His Majesty's pleasure*. Une autre section comprend les condamnés à la servitude pénale devenus aliénés en prison maintenus à Broadmoor, à Woking (annexe), ou dans les prisons du comté jusqu'à l'expiration de leur peine, puis à Fisherton-House. Les prisonniers de courtes peines sont, en cas de folie, transférés dans les asiles de comtés.

En Écosse un asile d'aliénés annexé à la prison de Perth, mais indépendant de celle-ci, reçoit les mêmes catégories qu'à Broadmoor et, en sus, occasionnellement les aliénés des prisons à courtes peines. Il en est de même pour l'asile d'État de Dundrum (Irlande).

Cet exemple adopté par la plupart des nations de l'Europe n'a pas été suivi parce qu'on a dit que les aliénés criminels sont des

1. — *Annales médico-psychologiques, 1901,* t. XIV, p. 63.

malades comme les autres. Aussi la Société n'est-elle pas préservée.

Ritti a, dans les *Annales médico-psychologiques,* réuni les exploits de 226 aliénés laissés en liberté qui ont, de 1898 à 1900, commis 97 assassinats, 133 blessures graves, suicides, etc.

Séquestrer ces malheureux dans un asile ordinaire où les évasions sont toujours faciles est impossible ; les y placer dans un quartier de sûreté ferait, avec le reste de l'asile, un choquant contraste, coûterait cher, et constituerait un spectacle pénible pour les parents des aliénés inoffensifs.

Mieux vaut circonscrire le mal ; *la nature spéciale des aliénés à mauvais instincts réunis en masse dans le même local aurait l'avantage* d'éveiller systématiquement la surveillance particulière qui leur convient.

Le plus souvent il s'agit de *dégénérés* parfois sans délire spécial qui sont bornés, héréditairement mauvais. La *transition* entre les aliénés *à tendances criminelles et les criminels simples est fournie par les condamnés aux instincts détestables devenus aliénés dans la prison.* D'ailleurs l'apparition de la folie avant ou après le crime n'est, le plus souvent, qu'une question de chances ; la cause qui produit l'une et l'autre étant dans beaucoup de cas la même, c'est-à-dire la dégénérescence du sujet[1].

Après les études de la Société médico-psychologique le texte du projet de Loi du Sénat de 1887, l'exposé des projets de Loi Belge (14 Avril 1890), Italien (26 Novembre 1891), Espagnol (4 Avril 1894), Portugais (1895), et l'énoncé des installations spéciales de l'Allemagne (Moabit, Bruchsal, Waldheim), des États-Unis (Matteawan), M. Regnard cite les paroles de M. Magnan au Congrès international de Psychiatrie de 1900 :

1. — Voyez : sur les *Aliénés méconnus et condamnés,* Pactet, P. Garnier, Taty, H. Monod. — Sur les *Criminels aliénés,* Moeli, *Ueb. irre Verbrecher,* Berlin, 1888, p. 180. — G. Ferrus : *Prisonniers, emprisonnement, prisons,* Paris, 1850, p. 63. — Sauze : *Folie pénitentiaire (Annales médico-psychologiques),* 1857, p. 28. — Magnan et Legrain : *Dégénérés,* Paris, 1895, p. 181. — Maudsley : *Pathology of Mind. Londres,* 1879, p. 102. — Féré : *Dégénérescence et criminalité,* Paris, 1888, p. 85. — Tamburini *et* Seppilli : *Stadio di psico-pathologia criminal,* Reggio, Emilia, 1883. — Thomson : *On hereditary nature of crime. Journal of mental science,* 1870. — Th. Ribot : *Maladies de la volonté,* Paris, 1884. — Henri Colin : *Aliénés vicieux dans les asiles,* Paris, 1900. — Travaux de Lombroso et d'Enr. Ferri, 1895.

« Un dernier groupe que l'on tend de plus en plus à éloigner de l'asile comprend *certains aliénés dits criminels*, non pas le paralytique général ou le sujet nettement aliéné qui a commis un crime ou un délit, mais le *dégénéré fou moral* pour lequel on hésite parfois aujourd'hui entre la prison et l'asile ; sa présence parmi les aliénés ordinaires est presque toujours une cause de trouble, et il ne semble guère possible de différer plus longtemps l'installation d'un établissement spécial dans le genre de Broadmoor avec une règlementation et même une législation particulières. »

Il y aurait par suite en France à créer des *asiles spéciaux*, soit cinq asiles de cinq cents malades pour 2.400 aliénés délinquants, ou mieux, *trois asiles seulement* pour les meurtriers, incendiaires, aliénés coupables d'attentats à la pudeur, de violences, auxquels on joindrait les *aliénés particulièrement dangereux* et mauvais, déjà enfermés, que les médecins signalent comme causes de troubles et de péril permanent tant pour le personnel que pour les administrés ; tout cela formerait à peine 1.500 aliénés.

M. Regnard laisse à d'autres le soin de régler leur mode d'entrée et leur mode de sortie ; d'accord avec le Conseiller Barbier, il recommande « l'avis des hommes de science seuls compétents » et s'en réfère au rapport de M. Toulouse sur les soins et habitudes de confort à leur donner[1] comme il est fait à l'asile de Perth, car il est indispensable d'associer aux exigences de la préservation sociale un état de paix, de calme relatif, impossible à réaliser pour ces malades dans cette Société qu'ils maudissent et pour laquelle ils ne sont pas faits.

Conclusions. — I. — Il sera créé sur le territoire de la République, au fur et à mesure des besoins, des asiles spéciaux pour l'internement et le traitement des aliénés criminels.

II. — Ces établissements seront dénommés *Asiles d'État pour les aliénés criminels*. Les frais de construction et d'installation seront supportés par l'État ; les frais d'entretien des internés seront acquittés par les départements, en conformité des prescriptions de la loi de 1838.

1. — Conseil général de la Seine ; sous-commission chargée d'étudier l'assistance des aliénés en Angleterre et en Écosse. Drs Navarre, Paul Brousse et M. Charles Pelletier. Paris, 1898.

III. — La population de ces asiles comprendra :

1° Les individus *condamnés et devenus aliénés pendant l'accomplissement de leur peine ;*

2° Ceux qui auront *été reconnus aliénés au cours de l'instruction et du procès* et relevés ou acquittés comme tels ;

3° Exceptionnellement des *individus signalés comme spécialement dangereux par les médecins des asiles ordinaires.*

IV. — Les *condamnés* devenus *aliénés* dans les prisons seront placés dans l'asile spécial par ordre de M. le Ministre de l'Intérieur.

En dehors de ce fait, aucune décision relative à l'entrée ou à la sortie d'un aliéné ne pourra être prise sans une expertise médico-légale qui devra être entourée de toutes les garanties désirables.

Le Conseil vote ces conclusions sous la réserve que *l'autorité judiciaire* sera chargée de diriger sur les asiles spéciaux les aliénés relaxés comme irresponsables ou acquittés comme tels par le jury, et reconnus dangereux après une expertise contradictoire (réforme Cruppi — vœu Ferdinand Dreyfus [1]).



Le 5e Congrès d'anthropologie criminelle d'Amsterdam (1901) nous offre à glaner les communications de Mariani [2], Renda et Squillace [3], Antonini [4], Eula [5], Legrain [6], P. Næcke [7], Dedichen [8], Meijer [9]. D'après ces travaux la *prédisposition au crime* peut être prouvée par l'existence de nombreux signes de dégénérescence (Mariani). Si l'on en rapproche l'aliénée meurtrière de Wiglesworth [10] et l'analyse de Leppmann [11] sur le facteur endogène

1. — *Annales médico-psychologiques*, 1901, t. XIV, p. 161.

2. — Criminalité latente et obsessions homicides. — La folie qui engendre la criminalité.

3. — Folie criminelle en Calabre.

4. — Nécessité d'éloigner les criminels aliénés des asiles communs.

5. — Alcoolisme et criminalité.

6. — Récidivisme en matière d'ivrognerie.

7. — Quelle est la meilleure manière de placer les criminels aliénés ?

8. — Quelles mesures faut-il prendre à l'égard des criminels que l'expert déclare aliénés mais dont le crime n'est pas considéré comme assez grave pour qu'il soit nécessaire de les interner dans un asile d'aliénés ?

9. — Sur l'assistance des criminels aliénés.

10. — Case of murder the result of pure homicidal impulse. *Journal of mental science*, Avril 1901.

11. — Mittheilungen internatd. Kriminalisti. Vereinigung, t. IX, cah. 1, p. 199, 1901.

du *crime professionnel* on s'explique, en partie, l'opinion de Renda et Squillace, pour lesquels le criminel-fou ne serait qu'une variété de criminel-né, Mariani ayant inversement montré la folie des parents engendrant des enfants criminels. Aussi, Antonini réclame-t-il des asiles centraux pour les criminels aliénés, les aliénés criminels et les *aliénés jusque-là irréprochables* chez lesquels on aura constaté des *signes de criminels-nés.*

En ce qui concerne les *alcooliques,* les uns, comme Eula, s'appuyant sur la probité et la douceur inaltérables des italiens alcooliques du Montferrat, innocentent l'alcool en tant que facteur de crime. Ce qui fait dire à Benedikt[1] qu'il n'y a que l'ivrogne psychopate qui mérite l'irresponsabilité. D'autres comme Legrain pensent que l'ivrogne simple récidiviste doit être colloqué dans un asile-prison parce que l'asile d'aliénés ordinaire n'est pour lui qu'un hôtel. Benedikt réserve l'asile des aliénés criminels aux ivrognes criminels, l'asile des buveurs pour incurables aux psychopates ivrognes, l'asile de traitement des buveurs aux ivrognes curables, les hospices aux ivrognes déments et infirmes.

Le *criminel aliéné* doit, d'après Nœcke, être mis dans une annexe aux grands établissements pénitentiaires. Si à l'asile de Düren on a pu, avec succès, hospitaliser dans une annexe criminels aliénés grâciés ou libérés, aliénés criminels et aliénés quelconques à fortes tendances criminelles, c'est qu'on a fait un *choix ;* on y a casé les malades particulièrement perturbateurs et incommodes dont la personnalité comportait ce mode de traitement. Ainsi pense également Meijer. Dedichen pencherait pour l'établissement de *colonies* comme celles du Danemark (travail dans les landes et les terrains bourbeux) propres aux *criminels à irresponsabilité atténuée ;* de Schrenck-Notzing veut des établissements spéciaux[2]. Tout criminel aliéné disent Pelanda et Cainer doit être interné dans des asiles centraux[3].

L'étude des *aliénés dans les prisons* est, en outre, illustrée

1. — Alcoholismus und Verbrechen. *Allgem. Œsterreich. Gerichts-Zeitaug,* 1901.

2. — Die Frage nach der verminderten Zurechnunggsfæhigkeit. *Archiv., f. Kriminalanthropologie,* 1901, t. VIII, cah. 1, p. 57.

3. — I pazzi criminali al manicomio provinciale di Verona Turin, 1902.

par Rüdin[1], Longard[2], Lenz[3]. Peut-être l'isolement ou de nombreuses détentions préventives exercent-ils chez le criminel encore peu endurci quelque influence sur la genèse de la folie, mais il y est prédisposé. On constate, d'ailleurs, en l'espèce la débilité mentale et la paranoïa souvent compliquée d'alcoolisme. Particulièrement dangereux sont les paranoïques, les fous moraux, les imbéciles, les processifs. Tout prisonnier doit être examiné par des aliénistes, au besoin à l'asile des aliénés ; il doit bénéficier largement de l'atténuation de la responsabilité ; le criminel aliéné dangereux doit être colloqué dans un asile spécial à allures pénitentiaires.

*
* *

L'opinion de G. Aschaffenburg sera bien à sa place ici[4].

Ce qu'il y a de mieux pour le malade, c'est de l'assister dans un asile d'aliénés ordinaire. Mais ce n'est pas le mode d'internement le plus convenable pour la sécurité publique. Il est impossible dans un asile de le soumettre à un régime spécial. Et la question des évasions est, de même que celle des sorties, pleine d'écueils.

Sur 281 aliénés criminels traités à la clinique d'Heidelberg, dont 45 anciens détenus et 33 vagabonds ayant subi au moins 9 condamnations, *un seul s'est montré réfractaire à la règle de l'asile;* tous les autres ont été inoffensifs, et, qui plus est, *ont travaillé avec l'assiduité la plus parfaite,* sans trahir la confiance que l'on a eue en eux.

Malgré cela, dans l'intérêt de la sécurité publique, il a été rédigé nombre de *circulaires ministérielles relatives à la sortie des aliénés dangereux des asiles publics d'aliénés,* 15 juin et 16 décembre 1901, 6 janvier 1902.

Il serait à souhaiter qu'à raison du petit nombre des malades de ce genre on les disséminât dans les six asiles d'aliénés du

1. — Ueb. d. Klin. Formen de Gefængnisspsychosen. *Allg. Zeitsch., f. Psychiat.,* t. LVIII, p. 447, 1901.

2. — Geisteskranken bei Gefangenen. Psychiat. Wochenschrift, 1901, n° 39.

3. — Die Geisteskranken Verbrecher im Strafverffahren und Strafvollzuge. *Blætter f. Gefængnisskunde,* 1900, p. 361.

4. — La séquestration des criminels aliénés. *Centralblatt für Nervenheilkunde,* XXV. N. F. XIII, 1902.

duché de Bade au lieu, comme le veut la Commission d'études, de construire un pavillon annexe de 20 à 25 hommes réunissant les aliénés de cette catégorie.

En ce qui concerne les sorties qui portent d'ailleurs en général sur des améliorations, il serait à désirer que le psychiatre dans son rapport explique les raisons en faveur de la sortie, et détaille aussi les mesures qu'il propose tant dans l'intérêt des malades que dans ceux de la justice criminelle. Les ordonnances ministérielles prescrivent formellement l'intervention et de l'Administration et du Parquet. L'expérience montrera les résultats de ces prescriptions. Les difficultés pourront être évitées par le concours conciliant des représentants de la justice et de la psychiatrie, s'ils s'efforcent de tenir compte des manières de voir qu'impose à chacun d'eux sa mission spéciale.

***

La thèse d'Alombert-Coget [1] présente la pléiade des propositions envisagées plus haut sous la forme suivante :

S'il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence (art. 64 du code pénal), avant comme après la loi de 1838, c'est à l'autorité administrative qu'incombe le devoir de prendre des mesures contre ces individus et seulement en tant qu'aliénés dangereux. Elle ne peut donc que les interner dans un asile d'aliénés : or les asiles tendent, à juste titre, au no-restraint. Aucune garantie n'est exigée pour la sortie de ces malades que leurs actes antérieurs ont pourtant révélés comme manifestement dangereux. La Société n'est par conséquent pas protégée. Le Jury se sent par suite inquiet et condamne des irresponsables par mesure de sécurité.

Sous le nom d'aliéné criminel l'auteur désigne tout aliéné qui a accompli un acte délictueux ou criminel, sous l'action plus ou moins immédiate de son délire ; et dans l'action plus ou moins immédiate il englobe le rôle joué par les tendances, les idées, les connaissances psychiatriques et la législation pénale de chaque époque, car avec elles ont dû varier le nombre et le caractère des infractions imputées à la folie de leurs auteurs.

1. — *L'Internement des aliénés criminels*, par J. G. Alombert-Coget, Lyon, in-8°, 1902.

La loi de 1838 est simplement une loi d'assistance applicable à tous les aliénés sans distinction de modalités.

Elle est insuffisante pour garantir la Société des dangers que lui font courir les aliénés criminels à cause surtout de la quantité et de la variété des irresponsables qu'on a placés progressivement dans les asiles d'aliénés; de l'augmentation de la criminalité morbide sous l'influence de l'alcool ; de l'encombrement des asiles contrastant avec les fonctions d'hôpital ouvert qu'ils ont à remplir. De là le grand nombre de réclamations et de rapports différents dans les Sociétés savantes, et devant la Chambre des députés, auxquels le Rapport du Dr Dubief du 17 novembre 1896 a donné dans son projet de loi le dernier avatar.

SECTION III

Condamnés reconnus aliénés ; aliénés dits criminels ; Inculpés présumés aliénés, et soumis à une expertise médico-légale.

Art. 36. — Les *condamnés* de l'un et de l'autre sexe à des peines afflictives et infamantes ou à des peines correctionnelles de plus d'un an d'emprisonnement, qui sont reconnus épileptiques ou aliénés au cours de leur peine, et dont l'état d'aliénation mentale a été constaté par un certificat du médecin de l'établissement pénitentiaire, sont, après avis du médecin désigné par le Procureur de la République, retenus jusqu'à leur guérison ou jusqu'à l'expiration de leur peine *dans les asiles ou quartiers de sûreté.*

Les autres condamnés sont dirigés sur l'asile du département en vertu d'une décision du Ministre de l'Intérieur.

Art. 37. — Est envoyé devant le *tribunal en Chambre du Conseil*, qui, le Procureur de la République entendu, ordonne son internement dans un asile ou quartier de sûreté si son état est de nature à compromettre la sûreté, la décence ou la tranquillité publique, sa propre sécurité ou sa guérison :

1° Tout inculpé, qui par suite de son état mental, a été comme irresponsable l'objet d'un non-lieu ;

2° Tout prévenu poursuivi correctionnellement, acquitté comme irresponsable par suite de son état mental ;

3 Tout accusé devant le Conseil de Guerre acquitté comme irresponsable par suite de son état mental ;

4° Tout accusé devant la cour d'assises, acquitté comme irresponsable par suite de son état mental par le jury.

Le tribunal est saisi par l'ordonnance, le jugement ou l'arrêt prononçant non-lieu ou acquittement, ou encore par l'arrêt de la Cour d'assises rendu en conformité du verdict et déclarant l'irresponsabilité.

La décision par laquelle le prévenu ou l'accusé déclaré irresponsable est renvoyé devant le tribunal en Chambre du Conseil, *interdit sa mise en liberté et ordonne qu'il sera retenu* dans l'un des locaux ou établissements prévus à l'article 39 jusqu'à décision du tribunal.

Art. 38. — En matière criminelle, le Président, après avoir posé les questions résultant de l'acte d'accusation et des débats avertit le *jury* à peine de nullité que, s'il pense à la majorité que l'accusé ou l'un des accusés est *irresponsable, il doit en faire la déclaration* en ces termes : A la majorité l'accusé est irresponsable.

Art. 39. — *L'État fera construire ou approprier un ou plusieurs asiles ou quartiers de sûreté* pour les *aliénés dits criminels* des deux sexes où seront conduits et retenus par les *soins du Ministre de l'Intérieur* les aliénés dont l'internement aura été décidé par le tribunal en Chambre de Conseil statuant comme il est dit à l'article 37.

Art. 40. — Pourront également être conduits et retenus dans les asiles ci-dessus spécifiés, en vertu d'une décision du Ministre de l'Intérieur :

1° Les aliénés qui, placés dans un asile, y auraient commis un acte qualifié crime *ou* délit contre les personnes ;

2° Les condamnés reconnus aliénés (art. 36) reconnus après expiration de leur peine dangereux par le Ministre de l'Intérieur, soit quant à leur mise en liberté, soit quant à leur transfert dans un asile départemental.

Mais ces deux catégories d'aliénés seront immédiatement renvoyés devant le Tribunal en Chambre de Conseil qui statuera dans les formes prévues à l'art. 37 sur leur maintien dans l'asile ou le quartier de sûreté.

Tout aliéné traité dans l'asile spécial ou dans les asiles spéciaux peut être transféré dans l'asile de son département en vertu d'une décision du Ministre de l'Intérieur rendu sur la proposition motivée du médecin traitant.

Art. 41. — Lorsque la *sortie* d'un des aliénés internés en vertu des art. 36, 37, 40, est demandée, le médecin traitant doit déclarer si l'intéressé est ou non *guéri*, et, en cas de guérison, s'il est ou non *suspect d'une rechute* de nature à compromettre la sécurité, la décence, la tranquillité publiques, ou sa propre sécurité.

Cette demande et la déclaration susdites sont déférées de droit au *Tribunal qui statue en Chambre du Conseil* dans les formes de l'art. 37.

Si la sortie n'est pas accordée, la Chambre du Conseil peut décider qu'il ne sera procédé à nouvel examen qu'à l'expiration d'un *délai* qui ne peut se prolonger au-delà *d'une année.*

La sortie accordée est révocable et peut n'être que *conditionnelle*. Elle est alors soumise à des mesures de surveillance réglées par la Chambre du Conseil d'après les circonstances de chaque cas particulier.

Si ces conditions ne sont pas remplies ou s'il se produit des menaces de rechute, la *réintégration immédiate à l'asile doit être effectuée* conformément aux dispositions des articles 15, 28, 37.

Art. 42. — Lorsqu'un inculpé est *présumé aliéné, l'expertise contradictoire* prescrite en vue de déterminer son état mental peut avoir lieu soit dans le quartier ou l'asile d'observation et dépôt provisoire établi à l'hôpital ou hospice (art. 29 de la présente loi), soit dans un établissement public d'aliénés, ou dans un établissement privé faisant fonction d'établissement public, si l'un des experts désignés est médecin de cet établissement.

L'admission de la personne présumée aliénée a lieu en vertu d'un arrêté du Préfet pris sur les conclusions de l'autorité judiciaire.

Si l'expertise a lieu dans un établissement d'aliénés, la personne présumée aliénée peut être réintégrée dans la prison par ordre du Préfet, après demande du Chef responsable au Préfet, pour motif de sécurité ou tout autre motif valable.

A ce projet de Loi la Chambre des Députés a, dans sa séance du 24 décembre 1901, donné une consécration partielle en désaffectant Gaillon dans les termes sous-désignés.

La Chambre, considérant que tous les aliénés, criminels ou non, sont des malades et relèvent de l'asile, non de la prison, décide la désaffectation de l'infirmerie pénitentiaire de Gaillon, et invite le Gouvernement à étudier un projet de construction à Gaillon ou ailleurs d'un *double asile de sûreté* pour aliénés des deux sexes *particulièrement dangereux, dont la présence dans les asiles départementaux est une cause de gêne, de trouble, d'insécurité*.

Sur la proposition Delbet, la Chambre invite le Gouvernement à désaffecter la Maison Centrale de Gaillon qui prendra le nom d'*Asile Central des aliénés criminels*.

Le Ministre de l'Intérieur est chargé de l'organisation d'un service médical et d'un service de surveillance en rapport avec cette destination nouvelle.

Quelles sont, d'après Alombert-Goget, les réformes nécessaires ?

I. — *L'examen médical de tout prévenu,* non par un médecin légiste quelconque, mais par un spécialiste, ou plutôt par plu-

sieurs spécialistes. Ces spécialistes choisis sur une liste d'experts de droit (professeurs de Faculté, médecins d'asiles et de quartiers d'hospice), et sur une liste d'experts désignés par le Parquet pour chaque Département, propre à l'instruction et à la défense (réforme Cruppi) seraient choisis librement sans l'intervention du Président du Tribunal par l'instruction ou la défense, s'ils résident dans le département (Toulouse)[1].

Pour faciliter l'expertise on créerait dans les *grandes prisons un local ou un quartier d'observation.*

Ainsi diminuerait-on le nombre des *aliénés méconnus et condamnés* qui très souvent sont des aliénés avant condamnation, c'est-à-dire des aliénés criminels[2].

II. — *L'Asile de sûreté.* — L'état actuel de nos connaissances psychiatriques ne permet pas de définir scientifiquement *l'aliénation mentale dangereuse,* en dehors de l'acte commis par l'aliéné, mais il permet d'énumérer les diverses catégories d'aliénés dangereux et criminels. En étudiant non leurs anomalies, mais l'individu, son passé, le milieu social où il a grandi, son hérédité, son affection mentale, on peut distinguer les *aliénés criminels* en :

1° *Aliénés criminels dégénérés ou d'instinct* (fous moraux, dégénérés et pervers de P. Garnier, G. Ballet, Magnan, ou folies du caractère de Charpentier), — certains imbéciles, faibles d'esprit, alcooliques et épileptiques vicieux et malfaisants — persécutés vrais recherchant les occasions d'agir ;

2° *Aliénés criminels hallucinés :* nombre d'alcooliques, d'épileptiques ; le persécuté obsédé par des idées délirantes mais luttant contre elles ;

3° *Les aliénés criminels accidentels :* Maniaques excités, déments puérils, paralytiques généraux.

Il convient donc de faire une *sélection* et de n'envoyer à *l'asile spécial de sûreté* que les criminels ou délinquants déformés du cerveau (héréditaires dégénérés, etc.) à obsessions et impulsions ayant un caractère nocif, dont l'acte délictueux résulte

1. — Commission mixte du Conseil Général de la Seine.

2. — V. Vingtrinier. *Annales d'hygiène et de médecine légale,* t. XLVIII et XLIX, 1852, 1853. — Monod, Taty, Pactet et Colin (suprà).

de la nature criminelle de leurs tendances perverses et non d'un manque de surveillance pur.

Les *malades ordinaires des asiles signalés comme dangereux* ne devraient être envoyés à l'asile de sûreté que s'ils se livraient à des voies de fait, à des évasions ou à des tentatives d'évasions multiples, et encore faudrait-il une requête du médecin responsable au président du tribunal civil, une enquête, une expertise préalables. Car il importe de ne pas oublier que cet asile de sûreté impliquerait une sorte de déshonneur qui rejaillirait sur la famille, et qu'on doit éviter de le transformer en un asile-prison, en un asile-bagne.

Il serait donc, cet asile de sûreté, un asile particulièrement surveillé, mais aussi confortable et moralisateur comme à Perth (Écosse) par le travail ; toutes choses impossibles à réaliser dans des quartiers spéciaux annexés à des asiles départementaux.

Un asile suffirait pour toute la France ; ce serait un asile d'État organisé comme dans le Rapport Regnard et le projet Dubief, qui relèverait de l'assistance publique et non des services pénitentiaires.

III. — *Condamnés aliénés.* — Quand on aura par les réformes de l'instruction (Cruppi) éliminé les aliénés méconnus et condamnés à tort, soit 35 à 40 °/₀, il n'y aura plus qu'un petit nombre de criminels aliénés.

Les criminels aliénés vrais devront être résolûment séparés des aliénés ordinaires ; sans doute ce mode d'internement serait le moins coûteux, mais cette promiscuité serait immorale et inciterait à la simulation. Leur surveillance gênerait aussi la marche normale de l'asile.

On créerait pour eux un *quartier spécial annexe de l'asile spécial de sûreté.* A l'expiration de leur peine on les enverrait à leurs asiles départementaux respectifs puisqu'ils seraient devenus alors des aliénés ordinaires, et s'ils s'y montraient particulièrement nuisibles, ils seraient soumis à la procédure des aliénés criminels.

IV. — *Substitution de l'autorité judiciaire à l'autorité administrative.* — Cette substitution paraît naturelle à M. Alombert-

Coget, pourvu qu'il y ait acte commis soit dans l'asile ordinaire, soit au dehors ; elle fonctionnerait pour le placement des crinels ou délinquants dans un simple asile ou à l'asile spécial.

La dénonciation par le médecin de la qualification de dangereux doit aussi mettre l'aliéné à la discrétion de l'autorité judiciaire. Il faut qu'il y ait préservation sociale.

Sur le mécanisme de la procédure l'auteur admet la constatation de la cause de l'acquittement ou de la mise en liberté pour démence par la juridiction pénale d'instruction ou de jugement.

En ce qui concerne la Cour d'assises, il ne voit aucun inconvénient à la consultation du jury ordinaire pourvu que l'accusé ait été l'objet préalable de l'expertise médicale. Le jury a toutes qualités alors pour se prononcer sur la question de la démence, mais c'est la Cour qui doit prononcer l'internement.

Pour ceux qui sont partisans de l'intervention du tribunal civil à cause des dommages qu'a commis l'aliéné criminel :

a) Dans le cas d'ordonnance ou d'arrêt de non-lieu, le *placement à l'asile spécial* ou quelconque serait ordonné par le Tribunal Civil à la requête du Ministère Public (Réforme du Code pénal, § 3, art. 55) ; — *b)* Dans le cas d'acquittement, la Cour ou le Tribunal Correctionnel, pourra ordonner que l'individu acquitté pour cause de démence sera placé dans un établissement d'aliénés *(ibid.)*.

Le placement par l'autorité judiciaire aurait également lieu dans le cas de *simple délit.*

V. — *Sortie des aliénés criminels.* — Il s'agit de s'opposer à ce que les aliénés criminels ne recouvrent pas leur liberté aussi facilement que les malades dont le délire ne s'est accompagné d'aucun acte nuisible. Il y a des aliénés dont l'existence est une perpétuelle menace contre la vie ou les biens de la Société, et aussi des aliénés qui, ayant tué une fois, recommenceront, au bout d'un certain temps, presqu'inévitablement leurs attentats.

Néanmoins la sortie est non seulement possible, mais susceptible d'une assez grande fréquence ; car souvent l'acte criminel perpétré au cours d'une affection mentale curable a tenu à des circonstances complètement indépendantes de la nature et des penchants de son auteur.

Le Pouvoir judiciaire est à l'abri de toutes les influences ; il est

apte à s'assurer des conditions indispensables à l'innocuité d'une sortie : il doit être chargé de cela.

C'est le Tribunal civil en Chambre du Conseil qui statuera : Saisi par simple requête de l'intéressé, ou de toute autre personne s'intéressant à ce dernier, il exigera, pour l'*asile spécial de sûreté, une expertise médico-légale,* établissant la guérison ou la déchéance physique complète, comme d'ailleurs on peut le faire actuellement au moyen de l'article 29 de la loi de 1838.

Pour l'*asile départemental* le Tribunal pourra se contenter du rapport du médecin traitant.

Il imposera une *surveillance ultérieure* consistant par exemple en la résidence obligatoire d'un particulier prenant en charge le sujet, s'engageant à le surveiller et à tenir au courant de sa conduite — en une visite médicale deux fois l'an — en la réintégration immédiate en cas d'accroc. Utilité du reste des Sociétés de patronage.

M. Alombert-Coget demande au demeurant :

1° L'expertise forcée de l'instruction, afin d'éviter de méconnaître l'aliénation mentale et de condamner à tort;

2° La séquestration judiciaire de tout aliéné criminel ou délinquant, soit à l'asile spécial de sûreté, soit à l'asile ordinaire ;

3° L'envoi, soit à l'asile spécial, soit à l'asile départemental, par *sélection,* mais après décision judiciaire, des aliénés foncièrement criminels ou des aliénés criminels accidentels ;

4° L'internement à l'asile spécial par le même procédé des aliénés qui se montrent nettement dangereux dans les asiles ordinaires ;

5° L'internement des condamnés aliénés vrais en cours de peine en un quartier annexe de l'asile spécial ;

6° L'envoi des condamnés aliénés à l'expiration de leur peine soit à l'asile départemental, soit à l'asile spécial, selon leur degré de nocuité ;

7° La sortie de tout aliéné rentrant dans une des catégories précédentes par les soins et sous la surveillance de l'autorité judiciaire ;

8° La consultation constante des aliénistes sur les questions médicales et sur celle du degré de nocuité des sujets.

*
* *

Le tableau tracé par Alombert-Coget semble *à priori* renforcé par la chronique d'A. Ritti, parue en 1903, sur les *aliénés en liberté* [1]. Les statistiques de 1898-1902 fournissent 421 cas

1. — *Annales médico-psychologiques,* t. XVII, 1903, p. 5.

d'aliénés criminels de ce genre : 27,55 °/o ont commis des tentatives d'homicide, des agressions violentes ou fait des menaces de mort; 20,66 ont tenté de se suicider ou se sont tués; 16,39 ont tué ou se sont suicidés; 15 ont été excentriques ou ont effectué des actes délictueux; 6,41 ont mis le feu. En cinq ans, ces aliénés en liberté ont fait 410 victimes, dont 150 blessés plus ou moins grièvement (pas mal d'entr'eux ont succombé aux suites de leurs blessures ou sont demeurés estropiés), 149 tués, 111 suicidés; près de la moitié ont tué femmes, maris, enfants. La grande majorité de ces crimes et délits ont été exécutés par des aliénés qui, pour la plupart, étaient malades depuis longtemps et qu'on aurait dû séquestrer, ou encore par des aliénés antérieurement traités dans les asiles, qui en étaient sortis prématurément. M. Ritti en conclut la nécessité de *séquestrer rapidement,* sans compliquer les formalités, de *ne pas faire sortir trop vite*[1], de créer des *asiles spéciaux* pour les aliénés dits criminels. Les médecins aliénistes allemands ont, d'ailleurs, ajoute l'auteur, en avril 1902, sur le rapport du professeur Hoche, demandé une statistique raisonnée de l'Empire allemand sur les faits délictueux et criminels commis par les aliénés en liberté[2]. En réponse à ce travail M. A. Marie préconise *l'internement d'emblée provisoire* dans un hôpital, sans intervention de l'administration, et *les sorties à l'étude dans la colonie familiale*[3].



On a pu voir dans l'analyse impartiale du grand nombre des documents versés au débat jusqu'ici, qu'à côté de l'internement *systématique et spécial* de tous les *aliénés malfaisants,* pour nous servir de l'expression de Lenz[4], s'est manifestée la théorie de l'internement spécial *sélectif.* Voici maintenant une étude pratique à l'appui des manières de voir que nous avons reproduites de Falret, Dagonet, Legrand du Saulle pour qui la création d'asiles d'exception marquerait un retour en arrière. Nous

1. — Voyez Thèse de Pallut (Stéphane), *Sortie prématurée des aliénés,* Bordeaux, 1901.

2. — *Neurolog. Wochenscrift,* 1902, n°s 5 et 6.

3. — *Annales médico-psychologiques,* t. XVII, 1903, p. 355.

4. — *Aliénés criminels.* Bruxelles, 1900.

voulons parler de la thèse de Maurice Olivier[1]. Conçue et exécutée sous l'inspiration du Dr Doutrebente (de Blois) elle démontre, à la lumière de 19 observations, que l'*aliéné criminel n'est pas plus dangereux qu'un autre;* que c'est là une classification juridique et non clinique et que 19 malades d'âges, de goûts, d'impulsions, d'affections mentales variés qui, libres, ont été pour la Société une cause de trouble et de désordre n'ont, à l'asile, été ni plus dangereux ni plus à craindre que les autres aliénés. Loin d'avoir été des éléments de désordre et de trouble, ainsi que l'ont indiqué Brierre de Boismont et Motet, ils ont été tous tranquilles et obéissants. Sur 19, 12 soit 63 % se sont montrés des *travailleurs assidus.* Jamais personne ne s'est plaint à l'asile de leur présence.

Quant au *condamné devenu aliéné* pendant son emprisonnement, Doutrebente n'en a jamais vu ; le fait n'est, pour lui, pas fréquent, et, quand il se présente, il n'est pas toujours aisé de déterminer l'heure où a commencé l'affection. S'il y a des raisons pour qu'il ne puisse être soustrait à l'action de la loi tant que sa peine n'est pas expirée, il suffit pour ce genre d'aliénés de modifier le texte de la loi de 1838.

Il n'y a donc, dit M. Olivier, aucune raison pratique, théorique, morale ou légale de modifier le régime des aliénés réputés criminels. Le système actuel présente des économies sérieuses sur celui qu'on voudrait lui substituer. Seulement il faut de petits asiles de 400 à 500 malades, pourvus d'un personnel médical et d'un personnel de surveillance suffisants, faciles en un mot à gouverner. C'est ce qui se fait à l'asile de Blois[2].

Dans ces conditions, « loin d'interner dans un asile-prison les aliénés réputés criminels, c'est à ouvrir davantage les portes des asiles ordinaires qu'on doit tendre. Ils ont besoin de sentir peser sur eux non l'autorité étroite du geôlier, mais la surveillance douce, pacifique, réconfortante du médecin ».

La *sortie* exige cependant une grande circonspection. Lorsque l'aliéné dit criminel en sera à sa première atteinte, lorsqu'on aura la certitude qu'à sa sortie de l'asile il n'ira pas retrouver le

1. — *Études cliniques relatives à l'internement des aliénés réputés criminels,* Paris, in-8°, 1903.

2. — Doutrebente. Congrès de Toulouse, 1897.

milieu où il vivait antérieurement, lorsqu'on sentira autour de lui une tutelle bienveillante et efficace, on pourra se montrer plus prompt à lui rendre sa liberté. Sur les dix-neuf malades envisagés *suprà*, sept ont quitté l'asile rétablis sans encombre ultérieur.

L'intervention du Tribunal statuant sur rapport du médecin traitant (Alombert-Coget) est cependant acceptable.

Utilité des Sociétés de patronage.

Et M. Olivier conclut en ces termes :

1° La création d'asiles spéciaux destinés aux aliénés réputés criminels ne s'impose par aucune raison clinique, théorique, pratique thérapeutique, morale, pécuniaire ;

2° Tout au plus pourrait-on admettre la *création de quartiers attenant aux prisons* pour *criminels devenus aliénés ;*

3° Nécessité de désencombrer les grands asiles et d'augmenter le personnel de surveillance ;

4° Obligation d'instituer près le Parquet une expertise médico-légale constante ;

5° Pouvoir *confié à l'autorité judiciaire* de décider de *l'internement* et de la *sortie des aliénés criminels après avis motivé des médecins.*

*
* *

Dans son remarquable Rapport au Conseil Général sur l'assistance des aliénés en France, en Allemagne, en Italie et en Suisse, M. P. Sérieux[1] consacre toute la seconde partie à l'*assistance des aliénés criminels*. A la suite d'une étude très détaillée : *A)* des différentes catégories d'aliénés criminels ; — *B)* de la question des aliénés criminels en France ; — *C)* des asiles ou établissements d'aliénés criminels en Angleterre, en Écosse, aux États-Unis, en Belgique, en Allemagne, en Italie, il propose de créer en France[2] :

1° Un *asile central d'État* ou mieux *quatre quartiers spéciaux* annexés à des établissements *pénitentiaires* situés près d'une ville universitaire, pour les *condamnés devenus aliénés en cours de peine ;*

2° Trois *asiles de sûreté régionaux* pour les *aliénés dangereux,* aliénés ayant commis un crime ou une tentative crimi-

1. — Paris, 1903, pp. 51 et suivantes.
2. — *Ibid.*, pp. 184 et suivantes.

nelle, soit avant leur internement (aliénés objet d'une ordonnance de non-lieu, aliénés acquittés) soit au cours de leur internement (malades qui, placés dans un asile, auraient commis un acte qualifié crime contre les personnes, des tentatives d'incendie, etc., etc.).

Dans ces asiles seraient également transférés les détenus provenant de l'asile central (ou des quartiers spéciaux) non guéris à l'expiration de leur peine et considérés comme *dangereux* pour l'asile départemental, les *aliénés malfaisants à mauvais instincts,* les *alcooliques invétérés,* les *fous moraux,* les *criminels-nés,* les *sujets à responsabilité atténuée,* les *inculpés dangereux en observation* pour cause de folie ou de simulation.

Le Pouvoir judiciaire éclairé par une expertise médicale interviendrait pour l'entrée et la sortie des malades ayant commis des actes qualifiés crimes.

Ainsi la Société serait mieux protégée ; les aliénés ordinaires seraient débarrassés d'un contact pénible ; des asiles départementaux pourraient être éliminés les derniers vestiges rappelant encore les prisons ; les aliénés criminels et malfaisants seraient répartis par catégories distinctes dans différents établissements et dans chaque établissement ils pourraient encore être classés suivant leurs réactions et se livrer à un travail régulier.

L'observation mieux faite des *anormaux malfaisants, amoraux anti-sociaux* que l'on considère, à juste titre, comme insuffisamment aliénés pour les asiles et insuffisamment responsables pour les prisons, permettrait, dans ces établissements spéciaux intermédiaires, d'acquérir des connaissances précises sur l'état mental d'une grande catégorie d'inadaptés au grand profit de la prophylaxie du crime et de la doctrine de la responsabilité atténuée.



Enfin et c'est par là que nous terminerons, dans son récent article sur l'*internement des aliénés criminels* et des *condamnés aliénés* du Traité de pathologie mentale de M. Gilbert Ballet[1],

1. — Paris, in-8°, 1903, p. 1409 et suivantes.

M. Ch. Vallon regrette que l'aliéné qui a commis un crime, échappant à une condamnation grâce à un avis médical, évite ensuite l'internement c'est-à-dire sorte de l'asile des aliénés sans autre formalité grâce à un autre avis médical. Il se déclare partisan d'un asile spécial, d'un *asile de sûreté* où seraient *placés tous les aliénés ayant ou non commis un crime mais particulièrement dangereux ;* il veut, néanmoins, qu'il y ait *sélection.*

Il signale les lacunes de la loi de 1838 relatives aux *condamnés aliénés.* Ceux qui sont condamnés à plus d'un an et deviennent aliénés ou épileptiques avant l'expiration de leur peine sont soignés au quartier spécial d'aliénés près la Maison Centrale de Gaillon. S'ils ne sont pas guéris à l'expiration de leur peine, ils sont remis à leur famille ou à une personne ou institution charitables pourvu que celles-ci s'en chargent ; sinon ils sont transférés à l'asile départemental correspondant à leur domicile de secours. Ceux qui sont condamnés à moins d'un an et qui, de ce fait, subissent leur peine dans les prisons départementales sont, quand ils deviennent aliénés, transférés dans les asiles départementaux. Tous ces malades finissent le plus généralement par sortir sans plus de difficultés.

Jamais l'Administration n'a organisé de quartier semblable à celui de Gaillon pour les femmes détenues.

Une très intéressante description est faite des législations étrangères qui régissent les aliénés quelconques et les aliénés criminels en particulier des Iles Britanniques, de l'Écosse, de la Suisse, de l'Autriche-Hongrie, de l'Allemagne, de la Belgique, du Luxembourg, de la Hollande, de l'Italie, de l'Espagne, du Portugal, de la Suède et de la Norwège, de la Russie, de la Serbie, de la Roumanie, des États-Unis, du Canada, du Brésil. Cette description corrobore, en les mettant au point, les enquêtes de la Société générale des prisons et de M. Alombert-Coget[1] ; elle confirme le rapport de M. Sérieux dont nous venons de parler.

1. — *Internement des aliénés criminels,* Paris, in-8°, 1902, ch. V, pp. 73 à 107.

CHAPITRE II

Problèmes à résoudre.

L'esquisse historique des documents principaux à laquelle nous avons consacré l'essai que l'on vient de lire révèle, à notre avis, un ensemble général d'idées dont nous nous permettrons de tracer l'évolution en abrégé.

La question des aliénés criminels d'abord séparée de celle des criminels aliénés s'y est finalement presque incorporée.

Elle s'est elle-même fondue dans celle des délinquants quelconques peu ou prou dangereux, vicieux, dépravés.

Il s'est ainsi formé une question des aliénés dangereux, une question des aliénés vicieux, une question des aliénés dépravés.

Et chacune de ces questions qui, d'abord, avait pour but d'étudier les mesures à prendre à l'égard de tous les aliénés qui avaient, quelle que fut l'époque de leur maladie mentale par rapport au crime ou délit commis, enfreint les lois, s'est bientôt transformée en une mesure de sécurité des asiles eux-mêmes, dans l'intérêt bien entendu des aliénés ordinaires, et de préservation sociale générale, fût-ce pour ceux des individus aliénés qui n'avaient encore été l'objet d'aucune inculpation, d'aucune action judiciaire, ni pour crime, ni pour délit grave, ni pour délit quelconque.

L'intérêt des aliénés criminels, foncièrement criminels et suspects de rechute, a pâli devant celui de tous les aliénés à tendances nocives, si bien que depuis Brierre de Boismont et Aubanel, en passant par des fluctuations diverses et d'infinies recherches dont on trouve dans le précédent chapitre les traits particuliers, jusqu'à Alombert-Goget, on a de plus en plus considéré la nature probable des aliénés dans ses rapports avec les désordres dont ils sont susceptibles, soit dans la Société, soit à l'asile ordinaire, et on a étendu ainsi, tout en le fractionnant, considérablement le débat.

Malgré l'identification des criminels aliénés avec les aliénés

criminels, on a reculé, soit devant la séquestration séparée et perpétuelle, soit devant la séquestration perpétuelle commune de ces criminels, parce qu'on a reconnu que les aliénés coupables de crimes ou de délits graves n'étaient, sauf quelques exceptions, pas plus dangereux que les aliénés quelconques. On a même dit qu'il y avait des aliénés innocents, quant à leurs actes, indemnes de toute action nuisible avant leur séquestration contre les personnes et les propriétés, qui étaient bien autrement dangereux. Et on s'est mis alors à s'interroger sur le degré de nocivité de l'aliéné en général. C'est à ce propos qu'ont été prononcées les phrases fameuses : « Tous les aliénés ont la virtualité criminelle, ils ont tous la virtualité dangereuse. »

Mais comment arriver à établir le degré de cette force tendentielle, soit chez l'aliéné coupable, soit chez l'aliéné non coupable ? Comment dépister les nuances de la criminalité à craindre, soit avant toute manifestation agie, soit de rechef après l'exécution d'un premier acte. Comment en diagnostiquer ou pronostiquer la variété, soit chez l'aliéné criminel, chez le criminel aliéné, chez l'aliéné délictueux, chez le délictueux aliéné, soit chez l'aliéné qui pour avoir été jusqu'ici inoffensif pourrait bien devenir dangereux. D'importants travaux ont surgi. Citons en première ligne l'effort de Marandon de Montyel ; chaque jour nous apporte une contribution nouvelle d'estimables investigations sur le mécanisme de l'acte dangereux chez l'aliéné, sur les éléments de l'état mental ou de la constitution physique qui paraissent l'expliquer ou le faire redouter. Nous ne croyons pas qu'on soit encore autorisé à y puiser des arguments en faveur d'une application individuelle de mesures correspondantes.

L'examen des mesures préventives du crime chez l'aliéné en général est contemporain des préoccupations précitées. Le nombre des fous moraux augmentait, ou si l'on préfère, c'était celui des individus à tendances dangereuses intermédiaires aux aliénés classés et aux gens normaux, sur la limite de la folie. Peut-être encore fallait-il accuser l'insuffisance de l'assistance qui négligeait l'individualisation thérapeutique, la répartition sélective instamment recommandée ; de sorte que les asiles recevant pêle-mêle toute sorte de sujets, devenaient, à cause de leur encombrement irrationnel, incapables d'approprier aux divers caractères des aliénés les modes de traitement que cha-

cun d'eux comportait. Telle est la phase présente des mesures à prendre à l'égard des aliénés criminels dont la définition est devenue plus compréhensive.

Et maintenant, tout en étendant l'aile de l'autorité judiciaire non plus seulement sur les délinquants et criminels irresponsables ou semi-irresponsables qui ont eu maille à partir avec la justice, on prétend dénoncer à l'autorité judiciaire tout aliéné qui semble faire courir un danger non point simplement à la Société, mais même aux hôtes des asiles ses compagnons, et le traiter, comme a dit M. Dubief, malgré lui, en l'internant sous une forme exceptionnelle en des établissements spéciaux préparés, organisés et administrés à cet effet. A une certaine période la collaboration du médecin à cette besogne pâraissait un peu négligée ; mais les médecins eux-mêmes s'étant montrés favorables à la mise en vigueur de ces procédés d'exception, leur aide préalable a été proclamée indispensable.

Examinons donc les modalités des mesures proposées. Les unes sont d'ordre principalement judiciaire, les autres sont surtout d'ordre médico-administratif. Elles peuvent les unes et les autres former un ensemble coordonné complet. Elles peuvent aussi être indépendantes ou partiellement indépendantes en vertu de mécanismes prévus. Nous appellerons les unes des dispositions judiciaires, les autres des dispositions médico-administratives. Nous tenterons, en dernier lieu, de poser quelques jalons sur les moyens aptes à prévenir les crimes des aliénés criminels ou dangereux.

I. — DISPOSITIONS JUDICIAIRES

Elles se résument d'un trait en la substitution de l'autorité judiciaire à l'autorité administrative. Est-elle opportune ?

Ceux qui la préconisent invoquent l'indépendance de la magistrature et ses moyens d'action supérieurs au sujet des enquêtes et des moyens de surveillance dont elle dispose.

A) Aliénés criminels.

Les personnes aliénées au moment où elles ont commis un acte punissable par la législation criminelle sont généralement

désignées sous le nom d'aliénés criminels. Expressions impropres puisqu'il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister (art. 64 du code pénal). On comprend d'habitude sous le même vocable les délinquants quelconques.

Or il est, d'après le Dr Ch. Vallon qui tout récemment a résumé la question [1], à remarquer que, la loi de 1838 ne contenant aucune disposition à leur égard, leur internement est souvent difficile, parfois impossible, et leur sortie n'est entourée d'aucune garantie particulière.

« Quoi que prononce le juge d'instruction et la Chambre des mises en accusation sur l'état d'aliénation mentale de l'inculpé (ordonnance-arrêt de non-lieu), *à fortiori* s'il s'agit d'un acquittement pour cause d'aliénation mentale du tribunal correctionnel et de la Cour d'assises » l'aliéné qui a causé un préjudice à la Société ne saurait être interné *de plano* dans un établissement d'aliénés. *Aucune juridiction n'a le pouvoir d'effectuer cet internement.*

L'autorité judiciaire se doit borner à mettre la personne renvoyée ou relaxée, acquittée pour cause de démence, à la disposition de l'autorité administrative qui seule a qualité pour le placement d'office dans un établissement d'aliénés.

Bien plus, le Préfet saisi peut réclamer un nouvel examen médical, d'autant que le rapport de l'expert devant les juridictions sus-visées a généralement plus de 15 jours de date. Le médecin commis par le Préfet peut conclure qu'il n'y a pas lieu à l'internement, soit qu'il ne partage pas l'avis de l'expert, soit que l'état mental du malade se soit modifié. En ce cas l'individu est remis en liberté.

« C'est pourquoi, ajoute M. Vallon après tant d'autres, le jury a déclaré coupables des individus notoirement aliénés au moment où ils avaient commis leurs crimes, dans la crainte de les voir soit échapper à l'internement, soit une fois internés s'évader, ou même être relâchés au bout de quelque temps et recommencer leurs méfaits. »

1. — Internement des aliénés dits criminels et des condamnés reconnus aliénés *in* Traité de pathologie mentale de G. Ballet, 1903, p. 1409.

A Paris cependant le Préfet de Police prononce l'internement en se basant simplement sur le rapport de l'expert.

La *sortie* n'est toujours, suivant le même auteur, entourée d'aucune garantie particulière. Aussi a-t-on proposé de confier à l'autorité judiciaire en cas d'acquittement, de non-lieu ou de jugement quelconque basé sur l'irresponsabilité, le placement d'emblée et aussi la libération.

Y a-t-il réellement lieu de transférer à l'autorité judiciaire l'internement, le maintien, la sortie de tout aliéné qui a commis un crime? Doit-on distinguer quant à la nature du crime? Y aurait-il selon les espèces ou d'une manière quelconque, un ou plusieurs procédés juridiques à adopter? Lesquels?

Il est hors de doute que l'immense majorité des auteurs qui ont traité ces différents points s'est prononcée pour la substitution de l'autorité judiciaire à l'autorité administrative en ce qui concerne l'internement, le maintien, la sortie de tout aliéné ayant commis crime ou délit sous l'influence de l'aliénation mentale. Mais il est non moins certain que les considérants et les systèmes se sont, avec le temps, pas mal adoucis.

Ce sont surtout les aliénés homicides, à crimes monstrueux, dont on craint la récidive qui d'abord émeuvent les promoteurs de législations nouvelles, que ce soit en Angleterre, en Italie, en France. Par exemple Georget attaqué pour ses rapports médico-légaux, et notamment pour celui en faveur de Papavoine, finit par s'écrier : « Si l'on prétend faire un sacrifice plus grand à la sûreté publique et aux préjugés populaires, que l'on ajoute à l'article 64 du Code pénal (remarquons que nous sommes en 1826) un paragraphe déclarant les aliénés homicides passibles d'une séquestration à temps ou perpétuelle. » Il en est de même pour Aubanel, pour Wood, pour Brierre de Boismont, pour MM. Boyard, de Gobery et de Perry. On est sous l'influence de l'expression d'Esquirol ; l'homicidomanie à rechutes, incurable. Le grand criminel aliéné hante les esprits. On parle de séquestration permanente. Cette mesure est d'ailleurs encore revenue en 1895, à propos des homicidants récidivistes ou obsédés de crimes (Charpentier, Jul. Voisin, Ch. Vallon, Henri Colin).

En vain Dagonet (1868), J. Falret (1868-69), Legrand du Saulle (1878), la Commission de la Société médico-psychologique (1882), luttent-ils contre l'introduction de l'autorité judiciaire dans les

mesures d'internement des aliénés criminels, admettant tout au plus une simple modification de la législation qui nous régit encore aujourd'hui; ils pensent qu'en réalité tous les aliénés pourraient être criminels et que ceux qui ne l'ont pas été ont dû cette chance à des circonstances accidentelles.

En 1880, M. Proust (E.) propose que tout aliéné ayant été l'objet d'un non-lieu, d'un jugement ou arrêt d'acquittement, sera transféré par *réquisition du Ministère public, à laquelle le Préfet sera tenu d'obéir,* dans un asile, quand l'état de démence sera de nature à compromettre l'ordre public et la sécurité des personnes. Citerons-nous toutes les mesures analogues qu'on n'a cessé de réclamer à l'égard de tout aliéné criminel, de tout délinquant irresponsable; on trouvera dans l'historique les avis de Billod et Lunier (1882); Motet (1882), (1895); Marandon, (1891); Vallon, Arnaud, Auguste Voisin, Charpentier (1895); Ch. Constant (1897); Leredu, de Buschère, Motet (1897); Taty (1899); G. Ballet (1895).

Nous ne nous attacherons ici qu'à quelques documents, susceptibles de mettre en lumière les courants d'idée d'une application plus généralement admise.

Si M. G. Ballet (1895) notamment, veut, d'accord avec le projet de loi du Sénat, voir la magistrature agir pour l'internement, le maintien, la sortie de tout aliéné criminel, dont M. Christian réclamait la même année le placement dans un asile *ipso-facto* du fait du non-lieu, on ne lit pas sans fruit le *projet de loi Dubief* qui apparait comme l'incarnation de la plupart des discussions antérieures; il reste la table de la loi future jusqu'à nouvel ordre (1896-1898).

D'après les articles 37 et 38 de sa section III, tout inculpé objet de non-lieu comme irresponsable; tout prévenu poursuivi correctionnellement mais acquitté par suite de son état mental comme irresponsable; tout accusé devant le Conseil de Guerre acquitté pour le même motif; tout accusé devant la Cour d'assises acquitté par le Jury dans les mêmes conditions; *sont envoyés devant le Tribunal en Chambre du Conseil* qui, le Procureur de la République entendu, ordonnera son internement *si son état est de nature à compromettre la sûreté, la décence et la tranquillité publiques, sa propre sûreté, sa guérison.*

Le *mécanisme* de la procédure pour cet internement est ainsi fixé : Le Tribunal est saisi par l'ordonnance, le jugement ou l'arrêt qui prononcent le non-lieu ou l'acquittement, ou par l'arrêt de la Cour

conforme au verdict et déclarant l'irresponsabilité. Cette décision qui renvoie l'individu devant le Tribunal *interdit sa mise en liberté* et ordonne qu'il sera retenu jusqu'à décision du Tribunal.

En matière criminelle le Président ajoute aux questions résultant de l'acte d'accusation et des débats qu'il avertit le Jury d'avoir à déclarer s'il pense, à la majorité, que l'accusé ou l'un des accusés est irresponsable.

D'après l'article 41. — Les aliénés criminels ne peuvent SORTIR que si le *médecin traitant* les déclare *guéris* non *suspects de rechute* de nature à compromettre la sécurité, la décence, la tranquillité publiques ou leur propre sécurité. Leur demande et leur déclaration doivent être déférées de droit au *Tribunal statuant en Chambre du Conseil.*

Art. 42. — Si le Tribunal n'accorde pas la sortie, il doit remettre le requérant à un an au maximum. Et encore toute *sortie n'est-elle que conditionnelle, révocable ;* elle implique des *mesures de surveillance* à régler par la Chambre du Conseil ; à la moindre difficulté, la *réintégration judiciaire est possible.* En tout ce mécanisme, l'opinion des médecins est obligatoire.

Plus exigeants sont MM. RAMADIER et FENAYROU (1898) qui, partisans aussi de l'internement par l'autorité judiciaire, demandent pour la SORTIE une Commission de médecins ayant à leur disposition un dossier complet du patient. La décision de cette Commission ne serait qu'un prologue ; il faut, au cas où elle serait favorable, un internement supplémentaire d'épreuve à fixer par une Commission de magistrats et de médecins ; cette Commission se baserait *non seulement sur la gravité des crimes ou délits, mais surtout sur l'importance des tendances nocives manifestées et la nature de l'affection mentale.*

A quiconque rappelerait que A. REGNARD se contentait (1901) de l'internement de l'aliéné criminel par le Ministre de l'Intérieur dans un asile spécial, on pourrait répondre que le Conseil supérieur de l'assistance publique substituait, en adoptant le rapport, l'autorité judiciaire.

M. ALOMBERT-COGET (1902), malgré la substitution en principe de l'autorité judiciaire à l'autorité administrative, exige la *sélection* préalable par les médecins de l'aliéné criminel quant au local d'internement (dont il sera parlé plus loin) ; il veut, comme M. Dubief, que la juridiction pénale, d'instruction ou de jugement, spécifie la cause de l'acquittement ou de la mise en liberté pour *démence,* que le jury dûment éclairé par l'expertise médico-légale antécédente, tranche aussi la question de *démence.* Il

admet également que le PLACEMENT de l'aliéné criminel relevé par ordonnance ou arrêt de non-lieu soit ordonné par le Tribunal civil mais à la requête du Ministère public (selon la réforme du code pénal, § 3, article 55). En cas d'acquittement du criminel c'est, pour lui, la Cour qui doit ordonner l'internement de l'individu acquitté pour cause de démence dans un établissement d'aliénés; en matière correctionnelle, le tribunal doit pouvoir ordonner l'internement de l'aliéné acquitté. Pour ce qui est du simple délit, l'autorité judiciaire exécuterait de même le placement.

M. Alombert veut en revanche qu'on facilite la SORTIE car souvent le *crime a été simplement dû à des circonstances indépendantes de la nature et des penchants de son auteur*. De même que dans le projet Dubief, *le Tribunal en Chambre du Conseil* doit prononcer à la suite d'une requête, soit de l'intéressé, soit de toute personne s'intéressant à lui ; d'une expertise médico-légale établissant la guérison ou la déchéance physique complète. Si le criminel est séquestré à l'asile départemental, le rapport du médecin traitant suffira. Le Tribunal imposera, d'ailleurs, une surveillance ultérieure.

M. Sérieux (P.) est aussi d'avis que le pouvoir judiciaire éclairé par une expertise médico-légale intervienne pour l'entrée et la sortie des aliénés criminels (1903).

Tout en ne voyant pas dans l'aliéné criminel un aliéné plus dangereux que les autres M. M. Olivier consent à ce que, pourvu qu'il y ait une expertise médico-légale constante, on confie à l'autorité judiciaire le pouvoir de décider de l'internement et de la sortie de l'aliéné criminel : pour la sortie un simple rapport du médecin traitant suffirait (1903). Cet avis avait déjà été émis par M. Henri Colin (1897).

Tels sont les dispositifs les plus modernes qui, à peu de chose près unanimes, fourniraient, s'ils étaient adoptés, la réponse aux plaintes dont M. Vallon s'est fait l'écho. Quelques médecins légistes ont fait ressortir que, fréquemment, par suite de transferts ou pour tout autre motif le médecin de l'asile auquel l'Administration confie le traitement d'un aliéné criminel ignore les causes et les détails de cet internement ; aussi ne mettrait-il pas en pareil cas obstacle à une sortie par amélioration. C'est une guérison complète, absolue, indéniable, non suspecte de rechute

qu'il faut aux médecins si soucieux de la sauvegarde sociale. C'est pourquoi il est question de dossier complet dans le mémoire de MM. Ramadier et Fenayrou.

M. Vallon exigerait pour la mise en liberté de l'aliéné criminel une nouvelle expertise confiée : 1° au médecin ou à l'un des médecins ayant procédé à la première expertise ; 2° au médecin dans le service duquel se trouverait l'aliéné ; 3° à un troisième médecin choisi par l'autorité judiciaire. Si l'on adopte le mécanisme de l'expertise contradictoire on ferait, ajoute-t-il, une expertise « confiée d'une part au médecin traitant, d'autre part aux médecins chargés de la première expertise par l'autorité judiciaire ; en cas de décès d'un de ces médecins, il en serait nommé un autre choisi soit par l'autorité judiciaire, soit par l'interné suivant la catégorie à laquelle appartenait l'expert décédé ou absent ».



Nous aurions personnellement mauvaise grâce à rejeter l'intervention de la Magistrature dans la séquestration, la maintenue, la sortie des aliénés qualifiés à tort de criminels. L'immense majorité des personnalités scientifiques qui s'y rallient après tant et tant d'années de discussions et d'études donnent à la nouvelle formule que nous nous sommes attaché à reproduire ici une importance considérable. Que de fois d'ailleurs n'avons-nous pas lu qu'à côté de la sécurité sociale, cette réforme supprime la responsabilité du médecin traitant !

Toutefois nous devons à la vérité d'ajouter que dans le cours d'une Direction médico-administrative de huit années d'un des asiles réputés pour un des plus difficiles de France, dans une région industrielle limitrophe de la frontière, nous n'avons pas plus que le Dr Doutrebente (v. thèse M. Olivier) eu besoin de cet expédient.

Les aliénés criminels dont l'autorité judiciaire, se conformant à la loi de 1838, a demandé au Préfet le placement à l'asile départemental y ont toujours été admis ; tous les documents que nous avons demandés sur eux nous ont toujours été communiqués ; il en a constamment été dressé copie à l'établissement de façon à ce qu'on ne perdit jamais de vue les causes et les détails de l'internement. Quand nous avons dû faire sortir

l'aliéné criminel nous avons tenu compte des conditions qui avaient présidé à la maladie mentale et à l'accident criminel ainsi que de celles dans lesquelles allait se trouver le sujet à sa sortie. Nous n'avons point eu encore à déplorer de suites graves.

B) Criminels aliénés.

Ce sont les criminels aliénés qui ont, dans les vingt-cinq dernières années, quelque peu obscurci la question des aliénés criminels. Que l'on parcoure dans les Archives de Neurologie les comptes-rendus des Sociétés allemandes de 1880-1895, que l'on médite profondément les auteurs, on se sentira fort troublé de ses lectures. On les confond le plus habituellement au cours d'un même mémoire. Cela n'est pas étonnant puisque, comme l'ont démontré Pactet (1893), Pactet et Henri Colin (1902), P. Garnier (1892), H. Monod (1894), Taty (1899), un grand nombre des condamnés devenus aliénés dans les établissements pénitentiaires, soit 35 à 40 °/₀, sont des aliénés criminels. Les autres sont de véritables criminels aliénés. Ces criminels aliénés sont considérés comme d'une nature particulièrement dangereuse et vicieuse soit à raison de leur constitution mentale et physique (Henri Colin (1897), Vigouroux et Colin), P. Nœcke (1892), soit à cause de leur séjour prolongé dans les prisons.

La situation qu'ils occupent vis-à-vis de la loi légitime cependant un paragraphe à part. Ce sont des condamnés.

Puisque nous sommes sur le terrain judiciaire, force nous est de nous arrêter sur les moyens légaux à prendre à l'effet de déterminer l'essence criminelle ou non du condamné devenu aliéné, ou plutôt à l'effet d'empêcher qu'il ne se glisse dans la catégorie des criminels aliénés des aliénés criminels. Comment éviter les erreurs judiciaires ?

Par la *réforme de l'instruction et de l'expertise* à laquelle M. Cruppi a attaché son nom, réforme dont tout le monde est partisan et dont M. Dubief proclame l'urgence, soit dans son projet de loi, soit dans sa communication à la Société générale des prisons (1896, 1897, 1898).

M. Alombert-Coget (1902) en a très clairement posé les principes. Tout prévenu sera examiné par un aliéniste ou plutôt par

plusieurs aliénistes. On sait qu'il doit y avoir deux listes : La liste des experts de droit comprenant les professeurs de Faculté, les médecins d'asiles ou de quartiers d'hospices désignés par ordonnance du Président du Tribunal civil. La liste des experts désignés par le parquet pour chaque département, à la disposition de l'instruction et de la défense. Mais Toulouse a fait remarquer que puisqu'il s'agissait d'une *expertise contradictoire* il fallait laisser à l'instruction et à la défense le libre choix des experts de droit sans l'intervention du Président du tribunal pourvu que ces experts résidassent dans le département. (Commission mixte du Conseil Général de la Seine.)

Les criminels aliénés étant alors nettement déterminés, quelle est et quelle doit être leur situation ?

Les lacunes à leur sujet, de la loi de 1838, nous les emprunterons de rechef à M. Ch. Vallon.

Tous les condamnés aliénés ressortissent à l'Administration pénitentiaire. Longtemps on a simplement transféré les prisonniers devenus aliénés dans un asile d'aliénés ordinaires par simple décision ministérielle. Mais à la suite de certains abus, l'Administration centrale a décidé la création d'un quartier spécial d'aliénés dans la Maison Centrale de Gaillon et l'on y a placé les condamnés aliénés, ou épileptiques même non aliénés, sous le coup d'une *condamnation de plus d'une année*.

L'admission dans ce quartier ne se peut faire que par décision ministérielle; de même la sortie. Dans le cas où la guérison n'aurait pu être obtenue avant l'époque de leur libération, une décision ministérielle prise à la suite de propositions transmises par le Préfet deux mois au moins avant la date de cette libération, remet le malade soit à sa famille, soit à une personne ou à une institution charitables, soit à l'asile départemental auquel il appartient de par son domicile de secours.

Quant aux *condamnés à moins d'un an* qui, de ce fait, subissent leur peine dans les prisons départementales, ils sont, quand ils deviennent aliénés, transférés dans les asiles départementaux.

Rien n'a été fait pour les femmes condamnées devenues aliénées. Elles sont transférées dans les asiles départementaux quelle que soit la durée de la peine à laquelle elles ont été condamnées.

Disons sur le champ que, sur la motion du Dr Delbet, la Chambre des Députés a, le 14 décembre 1901, transformé le quartier spécial de Gaillon en asile central des aliénés criminels. Nous nous en occuperons plus tard.

Comme au surplus nous sommes toujours sous le régime de la loi de 1838 les condamnés aliénés restent justiciables de cette loi.

Autant nous avons été perplexe au sujet des dispositions judiciaires concernant les aliénés criminels parce que ce sont avant tout des malades, autant nous nous rangerions volontiers à l'idée d'une législation particulière pour les criminels aliénés proprement dits, malgré l'identification qu'en a faite Henri Colin à la Société générale des prisons (1897) avec les aliénés criminels ; il y a, à notre avis, des chances pour que, après la minutieuse sélection de l'expertise contradictoire, on ait affaire à des esprits modelés d'une certaine façon, foncièrement criminels, imposant par conséquent des mesures de protection légale adaptées à leur moralité. Telle paraît être l'opinion de Bourneville.

Déjà E. Proust, en 1880, avait proposé sous le n° 45 une addition à la loi de 1838. D'après cette addition, tout condamné pour crime et délit, devenu aliéné après condamnation, pouvait, sur l'avis du Procureur de la République du lieu de détention, être conduit dans un asile ; après la peine, il devenait un aliéné criminel qui ne pouvait être mis en liberté que conformément aux autres additions à la loi de 1838, et sa sortie était assimilée à celle des aliénés criminels, ne pouvant être demandée que conformément à l'article 29 actuel (intervention du Tribunal en Chambre du Conseil).

En 1882, la Commission de la Société médico-psychologique admettait que les individus devenus aliénés après condamnation ou en cours de jugement incombaient à la Magistrature qui devrait être souveraine pour l'internement, le maintien, la sortie de ces individus. Évidemment la Commission avait en vue les criminels proprement dits devenus aliénés. Billod disait aussi (1882) que c'est à l'autorité judiciaire de décider de l'internement, du maintien, de la sortie des condamnés aliénés. Par contre, la

Commission extra-parlementaire ne parlait que de leur internement par mesure administrative.

Leredu, de Buschère et Motet imputent à l'autorité judiciaire le droit de placement immédiat des criminels à responsabilité atténuée (1897).

Le projet de Loi Dubief dispose comme suit sur ces malades dans sa section III :

Art. 36. — Les condamnés de l'un et de l'autre sexe à des peines afflictives et infamantes ou à des peines correctionnelles de plus d'un an de prison, épileptiques ou aliénés en cours de peine, au sujet desquels le certificat du médecin de l'établissement pénitentiaire fournit les indications techniques voulues sont, après avis du médecin désigné par le Procureur de la République, retenus jusqu'à guérison ou expiration de leur peine dans les asiles ou quartiers spéciaux de sûreté. (Voir plus loin.)

Les autres condamnés sont dirigés dans un asile départemental par décision du Ministre de l'Intérieur.

Art. 40. — Les condamnés reconnus après expiration de leur peine dangereux par le Ministre soit quant à leur sortie, soit quant à leur transfert dans un asile d'aliénés ordinaire, sont maintenus par lui dans les asiles ou quartiers spéciaux.

D'après ce projet la sortie de ces malades est soumise aux mêmes précautions que celles des aliénés criminels (art. 41 et 42) ; si le médecin traitant a décidé que le condamné aliéné est guéri, non suspect d'une rechute de nature à compromettre la sécurité des personnes, ou sa propre sécurité, la demande de sortie et la déclaration médicale sont déférées de droit au Tribunal statuant en Chambre du Conseil. Le Tribunal, s'il n'accorde pas la sortie, remet à un an au maximum ; la sortie n'est que conditionnelle, révocable ; elle implique les mesures de surveillance réglées par la Chambre du Conseil et la réintégration judiciaire sans plus de formalités si les choses ne prennent pas une tournure convenable.

Henri Colin, en 1897, adoptait ces mesures.

Alombert-Coget (1902) pense de même que les criminels aliénés en cours de peine doivent être envoyés en lieu sûr par le Tribunal Civil siégeant en Chambre du Conseil. Ceux dont la peine a expiré seront envoyés par le Ministre de l'Intérieur dans les asiles ordinaires à moins qu'ils ne soient dangereux, et dans ce cas ils devront être traités comme tels (asile spécial).

Pour la sortie il demande l'intervention du Tribunal Civil en

Chambre du Conseil avec la même procédure que pour les aliénés criminels quel que soit le lieu de la détention, asile spécial ou asile ordinaire.

Maurice Olivier (1903) tend à regarder le condamné devenu aliéné en prison comme un aliéné criminel ; il ne proposerait donc à son sujet que ce qu'il a proposé pour l'aliéné criminel ; en tout cas, tant que sa peine est en cours, la loi de 1838 suffit en la modifiant si l'on veut. P. Sérieux (1903) attribue invariablement au pouvoir judiciaire, éclairé par une expertise médico-légale, le droit de garder les prérogatives de l'internement, du maintien, de la sortie d'aliénés quelconques ayant commis des crimes, *à fortiori* des condamnés criminels aliénés.



Nous croyons que si l'expertise contradictoire indispensable arrive à préciser autant qu'il est possible la nature de l'aliéné inculpé, il y aura bien des chances en faveur de la criminalité prédominante chez ceux des condamnés qui seront devenus aliénés en cours de peine ou seront restés aliénés après l'expiration de leur peine. Il y aurait par suite lieu de recommander à leur sujet l'intervention de la magistrature conformément aux propositions de Dubief et Alombert-Coget. Pour la sortie nous sommes d'ores et déjà armés par l'art. 29 de la loi de 1838 ; le Tribunal Civil en Chambre du Conseil, après examen médical, ne constitue donc point une innovation ; c'est une généralisation.

Nous ferons néanmoins comme précédemment remarquer que jamais nous ne nous sommes heurté à des difficultés soit quant à l'internement, soit quant à la maintenue, soit quant à la sortie des condamnés aliénés. Jamais non plus nous n'avons eu à nous repentir de leur sortie quand elle nous a paru juste. S'agissait-il de personnalités éminemment dangereuses dont la criminalité était inquiétante, dont l'état mental comportait des impossibilités de mise en liberté indéniables, nous nous abstenions de toute sortie. Sinon nous nous guidions d'après les circonstances, les milieux, les conditions d'une surveillance efficace. Cela ne veut pas dire que l'on puisse aisément opérer partout.

C) Aliénés dangereux, vicieux, dépravés.

Une explication s'impose.

Que signifie l'expression d'aliénés dangereux ? Est-ce que les aliénés criminels et les criminels aliénés dont nous avons examiné le cas ne sont pas des aliénés dangereux ? Y en a-t-il d'autres ? Y a-t-il d'autres aliénés dangereux qui, n'ayant eu jusqu'alors aucun contact avec la justice, doivent être cependant malgré cela mis à un moment donné à sa disposition.

Pourquoi grouper les aliénés dangereux, les aliénés vicieux, les aliénés dépravés dans un même paragraphe ? Sont-ce des aliénés vicieux, dépravés d'un genre nouveau, n'ayant, eux non plus, point mérité l'appellation d'aliénés criminels ou de criminels aliénés ? Quels sont-ils ?

Les différentes autorités qui ont examiné les faces de la question des aliénés criminels tendent à placer sous la surveillance de l'autorité judiciaire ceux des aliénés qui, ayant ou non exécuté des tentatives criminelles, délictueuses, agressives ont, à raison de leur conduite, de leurs actes, soit au dehors, soit à l'intérieur des établissements psychiatriques ordinaires, été un élément de perturbation. Afin d'éviter qu'un jour ou l'autre ils ne commettent un acte grave on les soumet au régime que nous avons décrit.

G. Ch. Bucknill parle des aliénés à instincts dangereux et à caractère dépravé (1851) ainsi que des internés par ordre et reconnus dangereux. J. Falret et Morel (1868-1869) signalent les raisonnants périodiques impulsifs. Brierre de Boismont (1868-1869) stigmatise les aliénés à mauvais instincts, corrigibles, les vagabonds souvent imbéciles et, par contraste, les aliénés à instincts pervers, à tendances incorrigibles.

Billod (1882) se défie des aliénés dangereux à tendances restées sans effet. La Commission extra-parlementaire étend ses décisions aux aliénés ayant effectué un acte qualifié crime dans l'asile ordinaire où ils sont placés. L'Académie de Médecine de Belgique emploie le terme d'aliénés dangereux, généralement criminels, condamnés ou non. Marandon de Montyel (1891) n'hésite pas à recommander à l'attention du législateur tous les

aliénés porteurs de signes physiques et psychiques de régression qui trahissent l'aliéné dangereux apte à être criminel.

Pour P. Nœcke (1892) ce sont les aliénés vicieux et indisciplinés.

De Boeck et Otlet (1892) réclament des mesures exceptionnelles contre tous les aliénés qui ont tenté de commettre un acte qualifié crime ou délit à l'asile ou au dehors. Avec Charpentier, Marandon de Montyel, P. Garnier (1890-92-93) il faut particulièrement surveiller les fous moraux, instinctifs, vicieux, plus ou moins alcooliques, à séquestrations multiples, qui sont atteints de folies du caractère. Motet et P. Garnier (1895-96) s'attachent à tout délinquant à responsabilité atténuée que généralement, malgré le rapport médico-légal, l'autorité se refuse à reconnaître non coupable, qui va de la prison à l'asile et de l'asile à la prison, demi-fou qui est la plaie des asiles. A. Regnard, Henri Colin[1], G. Ballet, Legrain, Alombert-Coget, Sérieux, Ch. Vallon répètent les qualifications d'aliénés pervers, instinctifs, *amoraux*, malfaisants, vicieux, alcooliques invétérés qui, perturbateurs, voisins du criminel-né par leur violence et leur brutalité, comploteurs, fauteurs de désordres, sont dangereux pour les asiles communs ; ils y joignent les inculpés dangereux fréquemment simulateurs qui sont en observation. Antonini, à l'exemple de Marandon, prétend qu'il suffit qu'un aliéné irréprochable présente les signes de criminel-né, pour qu'on ait à son égard toute défiance (1901).

Tels sont les types nuisibles, violents et brutaux ou malades

1. — Dans son tout récent travail intitulé : *Les Aliénés difficiles (aliénés vicieux)*, M. Colin envisage les vicieux, qu'ils aient ou non commis crimes et délits, qui sont simplement insupportables dans les services ordinaires. « Il s'agit, dit-il, d'une part, de ces déséquilibrés (épileptiques, hystériques, et certaines catégories de fous moraux), si nombreux dans les grandes villes qui, par leur indiscipline, leurs mauvaises habitudes, leurs tendances à la révolte, leurs penchants agressifs, sont la terreur du personnel et des malades tranquilles ; il s'agit, d'autre part, de certains parasites récidivistes et exploiteurs des asiles, comme les appelle si justement Legrain dans son Rapport sur le service des aliénés de 1897, des fous qui s'adonnent habituellement à l'ivrognerie et qui cherchent dans un accès d'alcoolisme antérieur l'excuse à toute une série d'actes délictueux ou le moyen d'échapper aux difficultés d'existence créées par la misère ou la rigueur de la saison. » Il s'agit aussi « des prostituées, de certaines héréditaires à tendances éminemment vicieuses, profondément perverties qui, du fait de leurs mœurs et de leurs excès de langage intentionnels, sont une gêne permanente pour les autres malades ». (*Revue de Psychiatrie,* Mars 1904.)

reconnus très dangereux[1] que F. Dubief remet encore à l'autorité judiciaire sous le titre d'aliénés dangereux susceptibles d'attentats, par mesure de prévoyance. Cependant il se limite à ceux des aliénés qui dans les asiles ordinaires ont commis un acte qualifié crime ou délit.

C'est à l'art. 40 de la section III qu'il en est question en ces termes :

Les aliénés qui, placés dans un asile ordinaire, y auraient commis un acte qualifié crime ou délit contre les personnes pourront être placés à l'asile spécial par arrêté du Ministre de l'Intérieur, comme les condamnés reconnus aliénés après expiration de leur peine et qualifiés dangereux.

Mais ils seront immédiatement renvoyés devant le *Tribunal* en *Chambre du Conseil* qui statuera dans les formes prévues à l'art. 37 sur leur maintien à l'asile ordinaire ou au quartier de sûreté. Les formalités de sortie s'opéreraient comme pour les aliénés criminels quelconques.

Alombert-Coget (1902) demande que pour envoyer à l'asile de sûreté les malades dangereux des asiles ordinaires il faille la sélection du médecin traitant, la requête de ce médecin responsable au Président du Tribunal Civil, une enquête et une expertise.

Mais, de même que dans le projet Dubief, à partir de l'instant où cette demande est accordée, l'aliéné dangereux, instinctif, pervers, dépravé, amoral tombe sous le coup de la législation judicaire des aliénés criminels.

*
* *

Nous nous expliquons parfaitement que le pêle-mêle actuel des asiles d'aliénés offre de grands inconvénients. Ces inconvénients, qui seront l'objet des développements ultérieurs, exigent certainement des réformes. Ces réformes, qui n'auraient peut-être point besoin de l'intervention judiciaire, suffiraient à parer aux difficultés émanant de la nature de certains aliénés qu'on y interne. A quoi bon dès lors signaler à l'autorité de la justice les dangers inhérents à la déformation mentale des sujets dont il a

1. — Bourneville. Rapport à la Chambre sur le projet de loi voté par le Sénat.

été question ? Les agressions envisagées *suprà* sont monnaie courante dans un asile d'aliénés. Qu'on installe, comme l'a demandé M. Henri Colin, un quartier ou un petit asile spécial de réforme ou de traitement spécialisé, rien de mieux. Mais il faut se garder de s'engager inconsciemment dans la voie de la répression déguisée.

Je vois bien que Dubief et après lui Alombert-Coget s'efforcent d'atténuer, par l'intervention du Ministre de l'Intérieur, la rigueur du procédé. Mais cette atténuation est minime puisque tout individu signalé à la justice, qu'il soit maintenu à l'asile spécial dont il va être traité ou qu'il soit remis à l'asile ordinaire (art. 40[1]), est toujours pour la sortie (art. 41) soumis au Tribunal en Chambre du Conseil. Et Alombert-Coget nous dit franchement qu'il faut confier en bloc à l'autorité judiciaire tous les aliénés criminels et la sortie de ces aliénés. Or, en faisant passer sous la juridiction de l'autorité judiciaire vos aliénés à tendances dangereuses vous les identifiez à ceux qui, avant leur entrée à l'asile, ont eu le malheur de commettre un crime ou un délit grave, alors que parmi eux il en est qui ne mériteraient certainement pas cette identification. Le médecin traitant à qui vous confiez la sélection et la requête au Président du Tribunal pourra éprouver des remords en songeant à la conséquence de son rapport. Vous pourrez m'objecter que cela n'en vaudra que mieux parce qu'alors il étudiera plus à fond son sujet et ne se laissera pas « entraîner par les surveillants ou les religieuses à se débarrasser des malades difficiles à soigner et sujets à se livrer à des actes de violence » (Bourneville). Mais nous pouvons trouver un procédé plus médical, moins juridique. C'est celui de la division, du dédoublement des asiles, en nous inspirant des méthodes d'assistance ou d'installation à surveillance aussi complète que dans les quartiers d'agités.

Il est un argument qui mérite enfin d'être examiné. Il n'est pas rare, a-t-on dit, que ces êtres nocifs par excellence soient réclamés et que la demande de sortie soit appuyée par des personnalités influentes. Il importe donc d'être armé contre eux.

1. — Le dernier alinéa dispose ainsi : « Tout aliéné traité dans l'asile spécial ou dans les asiles spéciaux de sûreté peut être transféré dans l'asile de son département en vertu d'une décision du Ministre de l'Intérieur, rendue sur la proposition motivée du médecin traitant. »

Mais est-ce que vous n'avez pas, de par l'article 29 de la loi de 1838, la possibilité de l'examen du Tribunal Civil en Chambre du Conseil? Servez-vous-en dans les limites de la loi. Appliquez toute la loi.

C'est ce que nous avons fait nous-mêmes. Et jamais nous n'avons eu à nous en repentir.

II. — DISPOSITIONS MÉDICO-ADMINISTRATIVES

On propose d'éliminer des asiles ordinaires les aliénés criminels, criminels aliénés, aliénés dangereux, vicieux, dépravés en copiant les pratiques anglaises en partie imitées, d'ailleurs, par l'Amérique, l'Italie, l'Allemagne.

Les voies, moyens et procédés seront l'objet de cette section.

A) Aliénés criminels.

Le débat pivote autour des deux interrogations suivantes :

Faut-il conserver dans l'asile ordinaire l'aliéné criminel ?

Faut-il créer pour lui un asile spécial ou un quartier spécial ?

Dès le début, les auteurs sont embarrassés par la qualité de l'aliéné criminel à séparer des autres aliénés. On s'aperçoit presque tout de suite que les fous criminels ne sont pas tous dangereux et qu'il existe des aliénés délinquants ou non plus dangereux que les aliénés criminels. La notion de la délinquance cède aussi le pas à celle de la nocivité.

Nous voyons, par exemple, Brierre de Boismont, en 1846, demander des établissements spéciaux pour fous vagabonds et criminels, pervers et simulateurs ; il base la durée de leur séquestration sur celle de la peine qu'ils encourraient s'ils étaient responsables ; il proclame que les fous criminels sont dangereux, qu'ils troublent la tranquillité des autres malades et diminuent ainsi le no-restraint des asiles, qu'ils s'évadent, que leur mélange avec les aliénés est immoral. Mais en 1868 c'est un quartier particulier annexé aux asiles dont il réclame la création pour les aliénés à mauvais instincts, corrigibles et vagabonds, tandis qu'il lui faut un asile central spécial pour les aliénés homicides, incendiaires, voleurs, coupables d'attentats aux

mœurs, à tendances nuisibles persistantes, pour les persécutés meurtriers sujets à récidives, pour les malades à crimes étranges, pour les aliénés meurtriers raisonnants, pour les criminels simulateurs, pour les aliénés à instincts pervers, pour les aliénés meurtriers fanatiques. Brierre a suivi le mouvement qui s'est opéré en Angleterre ; il profite de l'expérience qu'on y a faite des asiles et quartiers spéciaux (Mémoires de Wood, Bucknill, Hood). Aussi J. Falret a-t-il beau jeu pour lui répondre que les Anglais n'envoient guère dans les asiles spéciaux que les aliénés dont les crimes ont eu un grand retentissement. Falret repousse absolument les asiles spéciaux qui, à raison de l'accumulation de semblables personnalités, n'offriraient pas de conditions supérieures de sécurité à celles de l'asile ordinaire contre l'évasion ; la rigueur ne sert de rien et le mélange de ces aliénés criminels avec les aliénés ordinaires ne blesse pas le moins du monde ni la susceptibilité des familles ni celle des autres malades, sinon ce serait un préjugé à combattre. « Ne faites donc pas, dit-il, d'asiles complets distincts ; annexez à quelques maisons centrales de petits quartiers d'aliénés criminels exceptionnellement dangereux ou à crimes monstrueux qui ont pu avoir un grand retentissement. Ne faites pas non plus des sections spéciales dans les asiles. » A. Voisin admet, au contraire, des quartiers distincts attenant aux asiles.

Et, ma foi, depuis cette époque, la physionomie du problème n'a pas beaucoup varié.

Nous trouvons chez Cappelli (1872) la recommandation de faire des manicomes spéciaux pour aliénés délinquants quelconques, excepté quand ils sont devenus tranquilles et inoffensifs, tandis que Gatsch (1873) les veut voir maintenus dans les asiles ordinaires. Lunier (1878), Proust (1880) proposent de créer soit des asiles spéciaux pour les aliénés criminels soit des quartiers spéciaux près les asiles d'aliénés. Christian, au contraire, est d'avis (1882) que, tous les aliénés ayant la virtualité criminelle, doivent, quels qu'ils soient, trouver place dans nos asiles ; seulement on doit enfermer l'aliéné criminel jusqu'à la fin de ses jours.

Si Motet (1882) insiste sur l'encombrement des asiles, sur la faculté qu'ont tous les pensionnaires d'en sortir, sur l'insuffisance des renseignements relatifs aux aliénés criminels, sur les

rechutes graves possibles, et partant, la nécessité d'un asile spécial d'État seul susceptible d'assurer l'internement perpétuel, la Commission de la Société médico-psychologique assigne l'asile d'aliénés ordinaire aux aliénés criminels ayant bénéficié d'un non-lieu ou devenus aliénés au cours du procès. Pas le moins du monde, répondent Billod, Lunier, Motet ; il leur faut un asile spécial. Et Dagonet de s'élever contre les Bastilles !

Mais Dagonet a prononcé un mot qui va faire fortune. « C'est au médecin, a-t-il dit, qu'il appartient de faire un choix. » Et cette *sélection* est approuvée par Foville. Inutilement C. Allaman (1891), s'appuyant sur la rechute probable de l'aliéné homicide, le murera dans l'asile spécial ; inutilement Motet (1895) renouvellera-t-il son vœu de l'asile spécial appliqué à tout délinquant irresponsable. G. Ballet (1895) envisage les criminels proprement dits (persécutés du type Falret, imbéciles, pervers) qui méritent l'internement perpétuel, mais à l'asile ordinaire ; quant aux délinquants persécutés — persécuteurs, maniaques raisonnants, obsédés et impulsifs, épileptiques, aliénés intermittents, aliénés transitoires, déments ou psychopathes aboutissant à la démence, ce sera affaire d'espèces à observer qui incombent cependant encore à l'asile ordinaire muni de ses moyens de surveillance. C'est pour les délinquants aliénés dangereux qu'il faut un asile intermédiaire à la prison et à l'asile d'aliénés. Bourneville a, entre-temps, pensé que les aliénés devenus criminels devaient être laissés dans les asiles ordinaires, d'autant que la préoccupation de l'aliéné dangereux quelconque tend à prédominer.

P. Garnier (1896). Les aliénés criminels suspects de rechute doivent être séquestrés dans des asiles spéciaux pour aliénés criminels. Aliénés dangereux quelconques et aliénés criminels suspects de rechute ; cela signifie que c'est au médecin qu'il appartient de choisir. C'est ce que formule nettement Taty en 1899 ; il substitue avec Garnier au terme d'asile-prison celui d'*asile de sûreté ;* on y colloquera, après avis médical motivé, l'aliéné à tendances criminelles lorsque l'asile ordinaire sera reconnu insuffisant. L'asile de sûreté recevra les délirants sujets à caution, les alcooliques récidivistes. (P. Garnier, 1897.) Motet et Ch. Constant insistent pour qu'on y place tout individu relaxé ou acquitté, afin d'en débarrasser la Société. Henri Colin (1897) spécifie les persécutés homicidants récidivistes, les per-

sécutés-persécuteurs. De Buschère, Leredu et Motet généralisent ; c'est l'aliéné criminel ou délictueux (1897).

On n'est cependant pas bien d'accord sur la nécessité d'un asile spécial ou sur celle du quartier spécial. (Ch. Constant, F. Dubief.)

Quand Ramadier et Fenayrou étudient, en 1898, leurs aliénés criminels, sage précaution départementale par laquelle on eût dû débuter, ils distinguent l'aliéné criminel d'occasion qui relève de l'asile ordinaire et l'aliéné criminel d'habitude pour lequel il faudrait un asile spécial d'État. Cet aliéné criminel d'habitude, c'est le dégénéré instinctif ou fou moral (alcoolique, impulsif, imbécile), c'est le mystique halluciné, c'est parfois un épileptique, ce sont certains persécutés. Mais à Rodez, sur 96 aliénés criminels des deux sexes, chiffre fort, puisque l'asile contient 406 malades, il n'y en a que le quart, soit 24, qui soient des criminels d'habitude. Il conviendrait cependant, d'après ces auteurs, de donner aux juges l'assurance que les irresponsables ou les individus à responsabilité atténuée seront étroitement séquestrés et mis hors d'état de nuire ; alors aussi le nombre des criminels d'habitude internés augmentera, car on n'hésitera pas au Tribunal à admettre comme aliénés certains anormaux dangereux.

Serrons de près maintenant les rédactions qui ont l'apparence d'une complexion définitive.

Dubief, dans son projet de loi (section III), exprime clairement son opinion :

Art. 39. — L'État fera construire ou approprier un ou plusieurs asiles ou quartiers de sûreté pour les aliénés dits criminels des deux sexes où ils seront conduits et retenus par les soins du Ministre de l'Intérieur les aliénés dont l'internement aura été décidé en Chambre du Conseil (art. 37). Ces aliénés sont : tout inculpé irresponsable par suite de son état mental et objet de non-lieu ; tout prévenu poursuivi correctionnellement et acquitté comme irresponsable par suite de son état mental ; tout accusé devant le Conseil de guerre et acquitté dans les mêmes conditions et pour le même motif ; tout accusé devant la Cour d'assises acquitté, par suite de son état mental, comme irresponsable, par le jury.

Ils y seront séquestrés comme il a été mentionné au paragraphe des dispositions judiciaires. Leur maintenue et leur sortie seront soumises aux obligations de l'article 41, déjà transcrit.

Le désencombrement de cet asile ou quartier spécial aura lieu en vertu de l'article 40, également reproduit, qui dispose que :

Tout aliéné traité dans l'asile spécial ou dans les asiles spéciaux peut être transféré dans l'asile de son département, en vertu d'une décision du Ministre de l'Intérieur, rendue sur la proposition motivée du médecin traitant.

Ce projet de loi tardant à devenir effectif, A. Régnard (1901) qui, du reste, est d'avis que la loi de 1838 ne doit être modifiée que dans certains détails de moindre importance, songe à éliminer des asiles ordinaires tous les délinquants. Mais il se voit sur les bras 2.400 aliénés de ce genre. D'où la nécessité de créer cinq asiles d'État de 500 malades. Il modifie ses décisions primitives et s'en tient à la création de trois asiles spéciaux d'État de 500 malades. Il croit, dès lors, qu'il suffirait d'y diriger les aliénés coupables de meurtres, incendies, attentats, violences, ou les criminels devenus aliénés en cours de peine. L'autorité du Ministre de l'Intérieur lui suffit. La magistrature devient inutile. Dans ces asiles ils ne pourront être internés, sauf les condamnés, qu'à la suite d'une expertise médico-légale, entourée de toutes les garanties désirables. Les sorties auront lieu après expertise médico-légale. P. Sérieux (1903) souscrit à ces propositions.

Alombert-Goget (1902) reprend les motifs déjà bien anciens, savoir : L'autorité administrative à laquelle est, d'après la loi de 1838, remis le malade criminel, le traite simplement comme aliéné. La Société n'est pas protégée car il peut sortir et s'évader. Cette sortie et cette évasion sont d'autant plus faciles que les asiles fourmillent maintenant d'irresponsables divers ; alors que la criminalité d'origine alcoolique augmente, ces établissements encombrés d'ailleurs tendent de plus en plus à devenir des hôpitaux ouverts. Ce sont les motifs pour lesquels, comme nous l'avons exposé, il substitue l'autorité judiciaire à l'autorité administrative. Il complète cette substitution par l'assistance spéciale, mais avec une atténuation renforcée du système Régnard. Il n'y a pas lieu, d'après lui, de classer les aliénés criminels autrement que par l'étude du passé de l'individu, du milieu social où il a vécu, de l'affection mentale, de l'hérédité. Toute autre tentative a été infructueuse.

Cette étude permet d'y distinguer des *dégénérés instinctifs* ;

ce sont les fous moraux ou dégénérés pervers (P. Garnier, G. Ballet, Magnan) ou folies du caractère (Charpentier) ; quelques imbéciles, faibles d'esprit, alcooliques, épileptiques, vicieux et malfaisants ; les persécutés vrais qui recherchent l'occasion d'agir. Les autres sont ou des aliénés hallucinés (quelques alcooliques, épileptiques, persécutés ou obsédés luttant contre leurs idées délirantes), ou des aliénés criminels accidentels (maniaques, exaltés, déments, puérils, paralytiques généraux).

Faites donc une *sélection* et n'envoyez à l'*asile de sûreté* nécessaire (type Garnier, G. Ballet, Magnan, Dubief), que les *criminels ou délinquants déformés du cerveau* (héréditaires dégénérés, etc.) à obsessions et impulsions d'un caractère nocif, chez lesquels l'acte délictueux résulte de la nature criminelle de leurs tendances perverses, et non d'un manque de surveillance.

Alors *un seul asile suffira*. Ce sera *un asile d'État*. L'uniformité des principes d'observation et de surveillance en rendra l'utilisation plus pratique que ne l'eût permis un quartier spécial annexé à un asile d'aliénés ; elle permettra également qu'on y dispense tout le confort de l'asile de Perth (Rapport de Toulouse), qu'on applique tout le no-restraint voulu (Rapport d'A. Régnard). Ce ne sera point un asile-prison, encore moins un asile-bagne. Il devra relever de l'*Assistance publique,* non des services pénitentiaires.

Ch. Vallon (1903) dit à son tour :

« Les aliénés dits criminels doivent-ils être internés dans les asiles ordinaires ou bien dans des établissements spéciaux comme en Angleterre et aux États-Unis ?

» Le mélange des aliénés qui ont commis un acte réputé délit et surtout crime aux autres aliénés n'est pas sans présenter quelques inconvénients. Il peut donner à ces derniers une impression pénible et servir d'exemple dangereux en leur montrant l'impunité de celui qui vient partager leur existence. Les aliénés criminels peuvent être un objet de trouble dans les asiles ordinaires.

» Nous médecins poursuivons le but de rapprocher le plus possible l'asile d'aliénés de l'hôpital ordinaire ; or, pour y réussir, une des premières conditions est d'éloigner de cet asile tous les individus qui, en raison des dangers qu'ils font courir, doivent

être soumis à une surveillance rigoureuse et placés dans des locaux dont ils ne puissent s'évader.

» Nous sommes donc partisan de *la création* d'un asile spécial, d'un *asile de sûreté,* où seraient placés tous les aliénés ayant ou non commis un crime mais particulièrement dangereux.

» Par contre nous sommes opposé à l'envoi systématique dans cet asile spécial de tous les aliénés dits criminels indistinctement quelle que soit la nature des crimes commis par eux et quelle que soit la variété d'aliénation mentale dont ils sont atteints. Il serait évidemment abusif d'y placer un paralytique général parce qu'il a volé quelques objets à l'étalage alors qu'il ne constitue aucun danger pour les autres aliénés. »

Comme jadis Falret et Dagonet, Maurice Olivier (1903) se fait le champion du *statu quo*. Il n'y a pas pour lui d'aliéné criminel puisqu'il n'y a pas de libre arbitre, pas de responsabilité. C'est important à dire parce que cette expression entraîne l'idée d'asile-bagne. L'acte criminel est le moyen variable selon les lieux et les temps *par lequel s'exprime le trouble mental*. Les aliénés criminels, loin d'être plus dangereux, plus perturbateurs, plus évadeurs que les autres, se sont, au contraire, montrés tranquilles, obéissants, travailleurs. Certains ont été plus calmes que les aliénés ordinaires, ou indifférents quelconques, comme si leur acte criminel avait réalisé jadis le paroxysme de leur affection. Quelques-uns ont été aimables, accueillants. En tout cas ni leurs allures, ni leurs propos ne leur impriment de signes distinctifs. Jamais personne ne s'est plaint de ce que leur présence à l'asile blessât les sentiments les plus honorables des familles et des aliénés eux-mêmes. En tout cas, si cela se produisait, « encourager les préjugés publics en leur accordant une valeur quelconque c'est, comme l'a exprimé Falret, revenir en arrière à l'époque où l'on ne voulait jamais voir un malade dans un criminel dont les actions monstrueuses excitaient l'indignation publique au lieu de provoquer la compassion et une pitié affectueuse ». Il n'y a donc aucune raison pratique, théorique, morale, légale de modifier le régime des aliénés réputés criminels. Le système actuel présente des économies sérieuses sur celui qu'on voudrait lui substituer.

Loin d'interner dans un asile-prison les aliénés réputés crimi-

nels, c'est à ouvrir davantage les portes des asiles ordinaires qu'on doit tendre. Ils ont besoin de sentir peser sur eux non l'autorité étroite du geôlier, mais la surveillance douce, pacifique et réconfortante du médecin.

Bourneville[1] de son côté avait écrit :

« Nous ne voyons pas de raison sérieuse pour séparer les aliénés dits criminels des aliénés ordinaires ; ce sont des malades qui, sous l'influence de leur délire, ont commis des actes pour lesquels ils ont été reconnus irresponsables. Ils ont droit par conséquent d'être traités comme les autres malades, c'est-à-dire internés dans les asiles de leur département.

» Les placer dans des asiles nationaux serait les éloigner de leur famille et aggraver leur situation d'une manière imméritée.

» Leur nombre est d'ailleurs très restreint... Du reste les partisans de cette création semblent l'avoir compris, car ils demandent *que ces asiles soient en même temps affectés aux aliénés reconnus très dangereux.* »

Et en effet l'interpolation que nous avons faite des travaux envisagés montre, de concert avec l'étude des dispositions judiciaires, que la question a dévié.

G. Ballet imprime lui aussi : « Nous ne pensons pas que les aliénés criminels soient plus difficiles à surveiller que les maniaques, les alcooliques, les persécutés et même certains mélancoliques... Il ne nous semble y avoir aucune raison sérieuse, ni d'ordre moral, ni d'ordre matériel, pour créer à l'usage de ceux-ci un ou plusieurs établissements spéciaux. » G. Ballet a néanmoins la restriction relative aux *délinquants fous moraux, voisins du criminel-né ;* sujets à antécédents héréditaires et personnels, à facultés déséquilibrées, atteints de débilité mentale, porteurs de tares physiques et d'une hérédité très chargée, ils sont plutôt coupables d'incorrections et de vols que de crimes contre les personnes ; ils sèment, en revanche, le désordre partout. M. Ballet préconise les maisons spéciales intermédiaires à la prison et à l'asile. Bourneville voudrait le perfectionnement des quartiers cellulaires de l'asile.

*
* *

1. — Rapport sur le projet de loi voté par le Sénat.

Si nous voulons répondre, d'après ces travaux, aux deux questions que nous nous sommes posées, nous arrivons aux conclusions suivantes : Les auteurs les plus qualifiés sont obligés d'avouer qu'il faut distinguer entre les aliénés criminels. Il n'y en a qu'un petit nombre qui soient dangereux et qu'il soit opportun d'enlever de l'asile des aliénés. Ce ne sont pas les plus criminels. Ce sont surtout les plus dégénérés, dans le sens de l'abolition du sens moral avec tendances agressives perturbatrices. Pour ceux-là l'asile spécial est supérieur, dit-on, au quartier spécial, d'abord parce que la sûreté de Bicêtre n'a pas donné de bons résultats, puis parce que le groupement de ces aliénés dans un asile indépendant en favorisera le traitement humain. Toutefois Alombert-Goget recommande instamment de sérieusement examiner le malade avant de se décider; quoiqu'en effet l'asile spécial de sûreté ne doive être ni une prison ni une maison dont le séjour y implique une sorte de déshonneur, il sera tenu en suspicion par le public, de sorte que si l'on y envoyait un malade d'un asile ordinaire, la famille en ressentirait forcément le contre-coup. Cette recommandation constitue tout juste l'inverse d'une des raisons alléguées par certains qui ne veulent pas de la promiscuité des aliénés criminels avec les autres aliénés parce qu'elle serait pour ces derniers une espèce de déshonneur.

Aussi Bourneville paraît-il avoir raison en demandant, pour les malades en question, l'organisation dans l'asile ordinaire d'un quartier de surveillance continue moderne, une sûreté de Bicêtre perfectionnée. (Charpentier, 1895.)

Cette pratique plus conforme à la dissémination des aliénés criminels, peut-être bien plus maniables par fractions qu'en cohortes, donnerait toute latitude aux exigences locales, car il faut également tenir compte des nécessités régionales, sans doute différentes. Voyez les avis variés de directeurs-médecins également compétents, ceux notamment de Ramadier et de Doutrebente. Le premier signale une criminalité très forte et, malgré cela, il ne voit qu'un petit nombre d'aliénés criminels exigeant des mesures particulières. Le second n'a jamais eu besoin que d'une surveillance affectueuse.

A moins qu'on ne veuille appliquer à tous les aliénés criminels, parce que criminels, des mesures draconiennes, il serait

peut-être sage de ne pas trop se hâter. A Armentières, nous ne nous étions point aperçu que nous eussions une trentaine d'aliénés criminels ou criminels aliénés. Il a fallu les concours de médecins-adjoints qui avaient lieu à l'asile et pour lesquels on demandait un examen médico-légal pour que nous recherchions ce genre de malades. Ils ne nous ont jamais causé d'embarras à aucun point de vue. Les plus criminels, au sens juridique, étaient ceux qui rendaient les plus grands services et qui jouissaient de la plus grande liberté. Puisque du reste A. Régnard penche pour le maintien de la loi de 1838, rien n'empêche qu'on essaie, à l'aide de cette loi, l'assistance spéciale des aliénés criminels là où le besoin s'en fera sentir. Que dis-je ? Son rapport a été en partie couronné de succès et nous avons un asile des aliénés criminels. En effet, le 24 décembre 1901, la Chambre, considérant que tous les aliénés criminels ou non sont des malades et relèvent de l'asile, non de la prison, décide la désaffectation de l'infirmerie pénitentiaire de Gaillon, et invite le Gouvernement à étudier un projet de construction à Gaillon ou ailleurs d'un double asile de sûreté... Sur la proposition de M. Delbet, elle invite le Gouvernement à désaffecter la Maison Centrale de Gaillon qui prend le nom d'asile central des aliénés criminels. Le Ministre de l'Intérieur est chargé de l'organisation d'un service médical et d'un service de surveillance en rapport avec cette destination nouvelle. Nous verrons plus loin ce qu'est actuellement devenu Gaillon. De toute façon il pourrait servir de moyen d'étude pratique. (Voyez Charpentier, 1895.)

Nous conseillerions donc non pas le *statu quo* intenable dans les départements où l'asile encombré regorge d'aliénés criminels ou délinquants difficiles et par conséquent nuisibles à eux-mêmes autant qu'aux autres aliénés, mais bien une judicieuse organisation qui sache tenir compte des indications, puisque le caractère des aliénés criminels n'est pas plus uniforme que celui des aliénés ordinaires. Cette organisation devrait prendre en considération les particularités individuelles propres au terroir. C'est un devoir d'assistance simple. Il sera toujours temps de faire appel à l'arsenal des moyens judiciaires et des procédés d'ordre pénitentiaire.

B) Criminels aliénés.

Nous espérons avoir dans les pages précédentes dégagé la situation particulière du criminel aliéné. Nous avons émis l'opinion que si on l'avait confondu avec l'aliéné criminel c'est que l'on avait condamné à tort bien des aliénés criminels. Nous n'ignorons cependant pas ce que Henri Colin, qui a concouru à la démonstration de cette idée et qui a une grande expérience de ces malades, en a dit [1]. Après avoir reconnu qu'il est un quart des aliénés criminels qui étaient déjà aliénés quand ils ont été condamnés soit que les experts n'avaient pas réussi à convaincre les juges, soit que ces experts n'avaient pas même été consultés, il n'en maintient pas moins que, le régime de la prison n'entrant pas en ligne de compte dans l'état psychopathique, ce sont des prédisposés à l'aliénation mentale, et que, dans la pratique, ils s'identifient aux aliénés criminels. En admettant qu'il en soit ainsi, il nous paraît néanmoins certain que lorsque l'expertise aura soigneusement filtré les uns des autres, les criminels devenus aliénés seront bien plus des criminels que des aliénés et que leur existence délictueuse, quand elle aura précédé de longtemps l'explosion de leur maladie mentale, en fera des personnalités à éliminer des asiles d'aliénés ordinaires.

Nous comprenons très bien que tous les auteurs, à une infime exception près, aient le désir, dans l'intérêt matériel et moral des autres malades, d'en effectuer la séparation. Supposons au besoin que le criminel ou délinquant par excellence, d'après la théorie de Lombroso ou d'après des théories voisines, ne soit qu'un dégénéré; supposons que le crime ne soit qu'une maladie mentale, on éprouve quelque répugnance scientifique à traiter cette maladie-là mentale dans les mêmes établissements que l'aliénation mentale commune. Quand Christian, en 1891, confondait l'aliéné criminel avec le criminel aliéné, qu'il voulait tous deux maintenir à l'asile ordinaire, il n'avait pas évidemment en vue le criminel essentiel devenu aliéné bien après son crime. C'est ainsi que nous apprécions aussi l'avis d'Aschaffenburg (1902). En revanche Taty (1899) a raison de réintégrer à l'asile normal tout prévenu condamné à tort.

1. — Société générale des Prisons, 1897.

Nous reconnaissons malgré cela bien volontiers que la précision du diagnostic entre le criminel, le criminel aliéné, l'aliéné criminel est loin d'être toujours réalisable. Il doit y avoir, comme l'a écrit M. Pailhas, des cas hybrides[1]. Mais il y a, à coup sûr, des criminels d'habitude chez lesquels l'aliénation mentale doit être tenue pour subordonnée à la criminalité. Ces criminels-là condamnés à juste titre ne doivent pas, tant à cause de la tache morale que des habitudes qu'ils apportent des milieux dans lesquels ils ont vécu, être traités avec les aliénés.

Où doivent-ils être internés ?

La bibliographie nous montre trois séries de manières de voir : 1° celle de ceux qui veulent un seul asile spécial d'État, commun aux criminels aliénés et aux aliénés criminels ; 2° celle des auteurs qui demandent un asile spécial pour les criminels ou condamnés aliénés ; 3° ceux qui préfèrent des quartiers spéciaux annexés à la prison ou à la maison de détention.

1° Les observateurs qui veulent un asile commun aux criminels aliénés et aux aliénés criminels, ce sont, par exemple : Wood (1851-1852), Motet (1882), Billod, Lunier, Motet (1882), l'Académie de Médecine de Belgique (1889), P. Garnier, Pactet, H. Monod (1892-1894), Leredu, de Buschère, Motet (1897), Henri Colin (1897), A. Régnard (1901), Antonini (1901), F. Dubief (1896-1897).

Beaucoup d'entre eux adoptent cette décision en se basant sur le grand nombre des aliénés méconnus et condamnés qui, par suite, ne sont pour eux que des aliénés criminels, ou sur l'identité au point de vue mental de ces deux sortes d'aliénés.

Mais il en est comme Wood, F. Dubief, Leredu, de Buschère et Motet, qui parlent d'un *quartier spécial* dans l'asile spécial afin de ne pas mélanger le criminel qui, en somme, a subi une tache, à l'aliéné qui reste malgré son crime un honnête homme, et aussi pour assurer une surveillance plus rigoureuse aux criminels, familiarisés avec tous les subterfuges de la vie pénitentiaire.

Wood dit notamment : « Les aliénés criminels et criminels aliénés seront placés dans l'asile d'État, mais il y aura une sec-

1. — Dégénérescence hybride de criminalité et de folie non délirante. *Archives d'anthropologie criminelle,* t. II. Nouvelle série.

tion des *convicts* ou criminels devenus aliénés en cours de peine et exigeant une surveillance plus rigoureuse mais humaine. » Marandon de Montyel et Antonini (1891-1901) mentionnent indistinctement tous les aliénés à aptitude de criminalité, les aliénés quelconques présentant des signes de criminalité, du criminel-né.

F. Dubief (1897), ne veut pas dans l'Asile ou quartier spécial de sûreté de la promiscuité entre l'aliéné criminel et le criminel aliéné. Leredu, de Buschère et Motet prévoient même dans l'asile spécial d'État un quartier spécial où sera colloqué tout criminel à responsabilité atténuée.

A. Voisin qui veut des quartiers annexés à l'asile d'aliénés ordinaires y place aliénés criminels et criminels aliénés (1868-1869).

Pour A. Régnard (1901) : Les condamnés devenus aliénés dans la prison seront conduits à l'asile spécial d'État par ordre du Ministre de l'Intérieur. Ils n'en sortiront qu'après expertise médico-légale.

Dans le projet de loi Dubief (1896) nous lisons :

ART. 36. — Les condamnés de l'un et de l'autre sexe à des peines afflictives et infamantes ou à des peines correctionnelles de plus d'un an d'emprisonnement, qui sont reconnus épileptiques ou aliénés, en cours de peine, et dont l'état d'aliénation mentale a été constaté par un certificat du médecin de l'établissement, sont, après avis du médecin désigné par le Procureur de la République, retenus jusqu'à leur guérison ou jusqu'à l'expiration de leur peine, et dirigés dans les *asiles ou quartiers de sûreté.*

Les autres condamnés sont dirigés sur l'Asile du département en vertu d'une décision du Ministre de l'Intérieur.

ART. 40. — Pourront également y être conduits et retenus en vertu d'une décision du Ministre de l'Intérieur les condamnés reconnus aliénés, reconnus après *expiration de leur peine* dangereux par le Ministre de l'Intérieur, soit quant à leur mise en liberté, soit quant à leur transfert dans un asile départemental.

Alombert-Goget écrit à son tour (1902) : Quand, par suite des réformes de l'Instruction (Cruppi) on aura éliminé les aliénés méconnus et condamnés, soit 35 à 40 °/₀, il n'y aura plus qu'un petit nombre de criminels aliénés. Ces criminels aliénés vrais devront être séparés des aliénés ordinaires, bien que leur dissémination dans les asiles serait moins coûteuse ; mais cette

pratique serait immorale et favorable à la simulation et la surveillance de ces malades gênerait l'asile ordinaire. Mettez-les donc dans un *quartier spécial* de l'asile de *sûreté* pour aliénés criminels.

Lorsque leur peine est expirée, ils deviennent des aliénés ordinaires; envoyez-les dans les asiles. S'ils y sont reconnus nuisibles, ils deviennent des aliénés criminels et doivent être soumis aux conditions de ceux-ci ;

2° Les partisans d'un asile spécial pour criminels et condamnés aliénés sont surtout : Bourneville (1896), Rudin, Longard et Lenz (1901), Ch. Vallon (1903).

Bourneville considère le problème sous le même angle que nous. Les autres auteurs disent : le criminel qui devient aliéné est un prédisposé ; c'est principalement un débile, un paranoïque, souvent alcoolique, un fou moral, un imbécile processif qui, particulièrement dangereux, doivent être mis dans un asile spécial.

Ch. Vallon met en relief l'utilisation de Gaillon pour hommes et femmes ayant été condamnés que l'on devrait y maintenir sous la tutelle administrative et judiciaire même après expiration de leur peine ;

3° Au nombre des promoteurs d'asiles spéciaux annexés à la prison ou à la maison de détention nous comptons Hood (1854), Gatsch (1873), E. Proust (1880), P. Nœcke (1892-1901), G. Ballet (1895), Henri Colin (1897), M. Olivier (1903), P. Sérieux (1903).

Hood, Gatsch et Proust pensent qu'il est aussi naturel de traiter les criminels aliénés dans une annexe de prison ou de maison de détention que de soigner à l'infirmerie de ces établissements toute autre maladie; il suffit de promulguer des règlements d'administration publique. P. Nœcke convient que l'annexe de la prison convient, car il n'existe pas de psychose de détention et le criminel aliéné est un dégénéré vicieux ou un aliéné criminel, très fréquemment un aliéné méconnu et condamné. P. Sérieux vise quatre quartiers spéciaux annexés aux établissements pénitentiaires près des villes Universitaires pour condamnés devenus aliénés en cours de peine. M. Olivier, pour lequel, nous l'avons dit, le criminel devenu aliéné pendant son emprisonnement est rare, d'autant qu'il n'est pas aisé de déterminer l'heure où a commencé l'affection mentale, avant ou après le crime, M. Olivier

conclut sur ce point : « Qu'on crée si l'on veut des quartiers spéciaux annexés aux prisons. »

Nous ne pouvons nous dispenser d'ajouter que l'on demande à grands cris partout la visite des établissements pénitentiaires par des aliénistes, au besoin même l'adjonction à ces établissements de psychiatres, ce qui rassurerait les esprits inquiets de savoir ce que deviendront les criminels aliénés soumis à la collocation dont nous venons de parler. Henri Colin, Alombert-Coget et M. Olivier demandent encore que cette annexe de l'établissement pénitentiaire dispose d'un local spécial pour les *inculpés présumés aliénés et devenus simulateurs* qui exigent une observation méticuleuse. Faute de quoi on pourrait appliquer l'article 42 du projet de loi Dubief.

Si un inculpé est présumé aliéné, l'expertise contradictoire prescrite peut avoir lieu soit dans le quartier de l'asile d'observation ou de dépôt provisoire établi à l'hôpital ou à l'hospice (art. 29 du dit projet), soit dans un établ ssement public d'aliénés ou dans un établissement privé faisant fonctions d'asile public, si l'un des experts désignés est médecin de cet établissement.

* * *

Les mesures médico-administratives de Dubief, d'Alombert-Coget, de Bourneville, de Ch. Vallon sont, à notre avis, tout-à-fait applicables.

N'oublions pas, en effet, que le condamné devenu aliéné relève exclusivement du service pénitentiaire ; la solution depuis A jusqu'à Z demeure donc tout entière entre les mains de l'Administration. Nous avons pleine confiance dans l'adaptation aux cas particuliers des mesures d'assistance.

Si Gaillon devient, comme la Chambre a l'air de le désirer, un asile d'essai à l'usage des aliénés criminels en général, on y pourra peut-être réserver un quartier de criminels aliénés, et un local d'inculpés en observation. Cette spécialisation faciliterait, sans nul doute, la tâche des aliénistes qui brûlent de voir disparaître le groupe des aliénés méconnus et condamnés à tort. Elle permettrait de poursuivre plus amplement l'étude des inconnues qui nous inquiètent sur la criminalité dans ses rapports avec l'aliénation mentale.

Si l'on n'adoptait pas plus tard la création des asiles de sûreté

pour aliénés criminels, on pourrait, avec Gaillon, réaliser celle d'un asile spécial de criminels aliénés qui méritent, avant tout, l'attention.

Nous préférerions un asile spécial de criminels aliénés à des annexes aux établissements pénitentiaires parce que l'assistance pourrait être plus médicale dans le premier que dans les autres.

C) Aliénés dangereux, vicieux, dépravés.

Ce paragraphe complétant le § C des dispositions judiciaires on voudra bien excuser la fadeur des répétitions qu'il exige si nous réussissons à en tirer la clarté indispensable.

La motion d'interner dans un établissement spécial les aliénés à instincts dangereux et à caractères dépravés nous est fournie par le travail de J.-Ch. Bücknill (1851).

J. Falret et Morel (1868-1869), tout en ne trouvant pas de signe général de l'aliénation mentale dangereuse, reconnaissent la nécessité de surveiller particulièrement les raisonnants périodiques et impulsifs ; un acte homicide peut être la crise terminale de la folie et, par suite, l'aliéné en question n'est que temporairement dangereux; mais si un tel acte dangereux est en rapport avec une affection périodique on a affaire à un danger perpétuel. Seulement, tous les aliénés étant dangereux à la période d'évolution de leur psychose, il faudrait leur infliger à tous logiquement une mesure exceptionnelle. Or, dit Dagonet, si les malades qui ont commis un acte dangereux doivent être l'objet d'une observation minutieuse et prolongée, c'est affaire au médecin ; celui-ci ne doit point, quand il est convaincu que la guérison est complète, continuer la séquestration sous prétexte qu'il y a eu un acte regrettable de commis et que la Société doit être sauvegardée.

Brierre de Boismont distingue deux classes d'aliénés dangereux (1868-1869) : à des quartiers spéciaux annexés aux asiles, les aliénés à mauvais instincts corrigibles et les vagabonds souvent imbéciles ; à un asile central de criminels, les aliénés à instincts pervers, à tendances incorrigibles.

Billod précise davantage (1882) : L'asile ordinaire pour les aliénés à tendances restées sans effet (quartier de sûreté inté-

rieur). Un asile spécial d'aliénés criminels pour aliénés dangereux à tendances effectuées.

La Commission extra-parlementaire vise les aliénés dangereux qui ont effectué des crimes dans l'asile ordinaire où ils étaient séquestrés ; on les placera dans un asile spécial. L'Académie de Médecine de Belgique (1889) va plus loin : un asile unique pour tous les aliénés dangereux généralement criminels, condamnés ou non. MARANDON DE MONTYEL (1891), plus loin encore : à l'asile spécial tous les individus porteurs de signes psychiques et physiques de régression qui trahissent l'aliéné dangereux *apte à être criminel.* C'est aussi l'avis d'ANTONINI (1901) ; il suffit, pour lui, qu'un aliéné irréprochable présente les signes du criminel-né pour qu'il doive être mis dans l'asile central des aliénés criminels.

CHAMBARD (1888) préconise des colonies d'aliénés dangereux. COUTAGNE (H.) et le professeur JOFFROY (1891) désirent des colonies agricoles pour aliénés persécuteurs, au besoin en Nouvelle-Calédonie (COUTAGNE) ; une Commission médicale sera chargée de décider de leur sortie (P. GARNIER) qui n'aura lieu que sous garantie (TH. ROUSSEL).

P. NŒCKE (1892) envoie aux annexes des prisons les aliénés vicieux et indisciplinés. DE BŒCH et P. OTLET (1892) séquestrent à part tous les aliénés qui ont tenté de commettre des actes qualifiés crimes ou délits à l'asile ordinaire ou au dehors.

Nous avons présenté (§ C. I.) les fous moraux, instinctifs, vicieux, plus ou moins alcooliques, à séquestrations multiples, désignés aussi sous la rubrique de folies du caractère. CHARPENTIER ne les tient pas pour des aliénés ; il les envoie à la prison. P. GARNIER les garde pour des asiles de redressement ; MARANDON les affecte à des asiles spéciaux (1890, 1892, 1893). CHARPENTIER, en 1895, répète que les fous moraux, à caractères vicieux, à séquestrations multiples, dits persécuteurs, raisonnants, ivrognes, mélancoliques, voire délinquants, sont des êtres responsables. MOTET se confine aux délinquants à responsabilité atténuée qu'il réserve à l'asile spécial.

G. BALLET traite exclusivement des fous moraux délinquants, propres à être colloqués dans un asile-prison surtout convenable, dit CHARPENTIER (1897), pour les aliénés qui ont commis un

crime dans l'asile même où ils sont séquestrés, et encore n'est-il pas bien démontré que ce ne soient pas des pseudo-irresponsables au sujet desquels on se montre par trop bienveillant. Aux dangereux non criminels, dit encore Charpentier (1895), une sûreté de Bicêtre perfectionnée ou Gaillon serait ce qui conviendrait le mieux.

L'internement des demi-fous (mattoides) qui vont de la prison à l'asile et inversement revient, suivant P. Garnier (1896) à l'asile-prison ou mieux à l'asile de sûreté ; tous les autres aliénés sont véritablement dangereux ou inoffensifs sans qu'on puisse déterminer cela *à priori*. Charpentier voit encore dans les demi-fous des gens à punir. Du reste on tâterait pour la sortie de tous les aliénés dangereux de sociétés de patronage (P. Garnier, 1896) ou des colonies familiales (A. Marie, 1903).

Henri Colin et F. Dubief (1897) indiquent des quartiers spéciaux annexés aux asiles, ou des asiles spéciaux pour les aliénés dangereux quelconques même non criminels. Colin spécifie : fous moraux, pervers, à colères furieuses, impulsifs (type Charpentier), épileptiques particulièrement violents et comploteurs, fous moraux particulièrement agressifs [1].

La loi Dubief propose qu'on conduise, s'il y a lieu, après examen du Tribunal en Chambre du Conseil, dans *les asiles spéciaux de sûreté les aliénés qui, placés dans un asile ordinaire,* y auraient commis *crimes ou délits,* ainsi que les condamnés aliénés qui, après expiration de leur peine, sont par le Ministre de l'Intérieur, reconnus encore dangereux et quant à leur mise en liberté et quant à leur transfert dans un asile ordinaire. (Art. 40.)

A. Régnard (1901) : Les médecins pourront faire conduire à l'asile spécial des aliénés criminels les aliénés dangereux de leurs asiles ordinaires.

1. — Nous avons signalé plus haut le dernier mémoire de M. H. Colin sur les *aliénés difficiles (vicieux).* Leur mode d'assistance consisterait, qu'il y ait ou non superposition de crimes ou délits, à installer à proximité de l'asile de Villejuif, mais en dehors de cet asile, des pavillons permettant de répartir les malades dans des locaux aussi restreints que possible, de façon à éviter les groupements et les révoltes, et à rendre la surveillance plus facile. On les ferait travailler non plus sous la surveillance d'un chef d'ateliers dans les services généraux, mais sous le contrôle du médecin dans les quartiers mêmes de traitement. *(Revue de Psychiatrie,* mars 1904, pp. 13 et 15.)

Legrain (1901) y colloquerait aussi l'alcoolique simple mais récidiviste pour qui l'asile n'est qu'un hôtel.

P. Sérieux (1903), réclame trois asiles régionaux de sûreté pour les aliénés ayant commis un crime ou une tentative criminelle avant ou après leur internement — les détenus provenant de l'asile des condamnés après expiration de leur peine et dangereux — les aliénés malfaisants quelconques, instinctifs, *amoraux* tels qu'alcooliques invétérés, fous moraux, criminels-nés, individus à responsabilité atténuée, inculpés dangereux en observation. Ch. Vallon (1903), partage la même idée.

Alombert-Goget (1902) : Il est impossible de définir scientifiquement l'aliénation mentale dangereuse (Belloc) ; l'étude des anomalies ne suffit pas ; c'est le passé, le milieu, l'hérédité, l'affection mentale qui doivent guider. Aussi ne convient-il d'envoyer à l'*asile de sûreté* que les malades des asiles *qualifiés de dangereux* qui se *sont livrés à des voies de fait*, évasions, tentatives d'évasions multiples, et encore après requête du médecin responsable au Président du Tribunal Civil, enquête, expertise. Car l'asile de sûreté implique une sorte de déshonneur pour les familles.



Il est donc arrivé pour les aliénés dangereux, vicieux, dépravés, ce qui s'est passé pour les aliénés criminels. A l'origine il fallait débarrasser les asiles des êtres malfaisants qui les encombraient. La réflexion et la pratique ont fait naître la pensée de choisir. Et le même asile de sûreté a été désigné pour recevoir toutes les espèces mais après examen détaillé et motivé de chaque individualité.

Bourneville avait écrit :

« Le nombre (des aliénés criminels) est d'ailleurs très restreint.... Du reste les partisans de cette création semblent l'avoir compris, car ils demandent que ces asiles soient en même temps affectés *aux aliénés reconnus très dangereux.* »

Et voilà maintenant que le nombre et les inconvénients des aliénés très dangereux semblent avoir été eux-mêmes exagérés. On craint certainement, ainsi que l'a dit M. Bourneville, « que les médecins ne se laissent entraîner par les surveillants ou les

religieuses à se débarrasser des malades difficiles à soigner et sujets à se livrer à des actes de violence. »

C'est ce qu'Alombert-Coget dit avec des ménagements, à la page 140 de sa thèse :

« Ces établissements spéciaux seraient uniquement réservés » aux aliénés criminels et, comme le demandait M. le Procureur » général Willemain[1], jamais aliéné qu'aucun crime ou aucun » délit n'a flétri n'y trouverait place, puisque nous avons vu » qu'il était impossible de définir l'aliéné dangereux et, par suite, » de trouver en dehors de l'acte un criterium solide. Aussi » repoussons-nous la proposition du Conseil supérieur de l'As- » sistance publique, dirigeant sur les asiles de l'État, c'est-à-dire » sur des établissements spéciaux, les individus qui, internés » dans les asiles départementaux, seraient signalés comme » spécialement dangereux par les médecins ; non parce que » nous redouterions, comme on l'a prétendu, qu'on puisse se » débarrasser d'un adversaire gênant, en le faisant d'abord » interner dans un asile ordinaire, puis déclarer dangereux et » envoyer ensuite dans un *asile-bagne,* où on le laisserait » séjourner en cellule jusqu'à ce que la mort s'ensuive, mais » parce que rien ne prouve en somme que tel aliéné que l'on » considère comme dangereux passera à l'acte, parce qu'ensuite, » il est à craindre qu'une pareille latitude accordée aux méde- » cins, puisque c'est eux seuls qui seraient juges de l'utilité de » la mesure, soit toujours mal interprétée, puis parce qu'elle » laisserait la porte ouverte à l'arbitraire, et *parce qu'en outre* » *il se pourrait aussi que, s'exagérant les dangers que fait* » *courir la présence de certains malades, ou prêtant trop faci-* » *lement l'oreille aux plaintes de quelques gardiens, des méde-* » *cins puissent parvenir à faire entrer dans les établissements* » *spéciaux de pauvres insensés, coupables* seulement de *troubler* » *l'ordre de leur service, ce qui ne pourrait que créer un nouvel* » *épouvantail* pour les familles. »

S'il en est ainsi l'élimination des asiles ordinaires des aliénés dangereux, vicieux, dépravés, agressifs, perturbateurs qui avant leur internement n'avaient encouru aucune condamnation (car

1. — Discours sur les aliénés criminels. Société générale des prisons. *Bulletins,* décembre 1900.

c'est là en vérité l'objet qui est ici en litige), cette élimination est-elle légitime ?

Oui dans certains cas, dans certains établissements départementaux, auxquels on n'accorde malgré les réclamations justes des médecins, aucun perfectionnement.

Ce perfectionnement c'est la suppression de l'encombrement, la création de pavillons à surveillance particulière, au besoin le dédoublement de l'Asile.

Et si le projet de loi de réforme de la loi de 1838 dort depuis tant d'années, c'est qu'au fond les députés, qui sont fort bien renseignés sur les défauts et sur les vices de leurs établissements d'aliénés départementaux respectifs, sont partagés entre la crainte d'avoir à effectuer des dépenses rationnelles pour leurs asiles et le souci d'imposer à l'État un surcroît de charges qui pourrait bien ne pas atteindre le but matériel et moral qui s'impose.

En attendant, on interne dans un asile d'un même département tous les aliénés qui se présentent. On n'est arrêté ni par l'exiguité des locaux ni par l'impossibilité dans laquelle se trouve le médecin encombré d'effectuer le traitement individuel à l'aide d'une répartition opportune de ses malades.

Le mal est avant tout là.

Nous avons assisté à l'encombrement progressif de l'asile d'Armentières. Fort heureusement l'asile étant autonome, assez vaste, en bonne situation financière, nous avions l'espoir prochain d'arriver, par la construction de nouveaux quartiers, à en atténuer les effets. Nous n'avions pas encore eu la tristesse de déplorer d'accidents, ni d'incidents graves, de la part des aliénés dangereux, vicieux, dépravés. Mais nous comprenons fort bien qu'il s'en puisse produire et nous croyons en ce cas à l'efficacité des mesures de désencombrement en tant que moyens prophylactiques.

Il se peut que nous errions. Mais qui dira qu'il soit absurde de ne pas commencer par faire judicieusement face au traitement des aliénés de toutes catégories (Bourneville, Congrès de Nancy, août 1896), avant d'organiser une machine coûteuse ?

Les aliénés dangereux, vicieux, dépravés sont, à coup sûr, surexcités par le régime auquel on les soumet. Marandon de Montyel en a eu la preuve par la révolte de Ville-Evrard de

1890[1] ; depuis on a désencombré son service en créant le quartier spécial d'alcooliques, et rien ne s'est produit de pareil.

Nous avons de la répugnance à souscrire à la création d'un asile qui reçoive tous les *déchets moraux* des asiles d'aliénés ordinaires malgré les précautions qu'on nous propose. Cet asile sera, il est vrai, un asile d'État relevant de l'Assistance publique et très bien doté à tous les points de vue. Mais le malade qui y sera envoyé sera justiciable pour toujours des formalités complexes tenant plus de la procédure que de l'assistance. Or rien n'est plus suggestif que le cadre. Rien n'est plus défavorable au traitement des aliénés que la suppression ou le partage de la responsabilité.

Puisque l'on a reconnu que les grands criminels aliénés, foncièrement dangereux ou que les aliénés dangereux pervers, vicieux, à tendances criminelles sont en petit nombre, pourquoi s'orienter systématiquement vers ce projet? On est, au surplus, fort indécis. Le plan primitif, qui s'adressait à tant d'aliénés, a été abandonné alors qu'on en avait résolûment proclamé l'urgence. Aujourd'hui on veut, et l'on a raison, faire du choix, mûrement étudié, la règle.

Mais pourquoi ne pas tout de suite améliorer tous ceux de nos asiles qui sont des Capharnaüms inutilisables au point de vue du traitement, en suivant les indications en rapport avec les besoins départementaux correspondants ? Agrandissez et subdivisez les quartiers ; les médecins, comme l'a recommandé Dagonet, feront la répartition opportune. Cela vaudra mieux peut-être que de réunir dans un même établissement tous les *amoraux,* délinquants, criminels ou non, plus ou moins délirants.

Cela ne veut pas dire qu'on n'appliquera pas aux aliénés dangereux les systèmes de liberté apparente, coloniaux divers (Chambard, Coutagne, Joffroy); au contraire, et dans des conditions plus favorables, en les noyant dans la population générale des aliénés, qu'en les groupant.

Au pis aller sera-t-on autorisé à essayer avec circonspection, sous le couvert de la loi de 1838, l'asile de Gaillon dans les

1. — *Annales médico-psychologiques,* 1890.

mêmes limites que nous avons admises pour les aliénés criminels.

Ceci nous conduit à résumer les notes que nous avons obtenues de nos collègues tant sur Gaillon que sur les besoins des asiles de France.

D) Renseignements complémentaires.

Plusieurs fois au cours de cette étude nous avons insisté sur les variétés d'application des mesures médico-administratives aux conditions différentes des divers endroits.

C'est pour cela que nous nous sommes informé de l'état actuel de l'infirmerie pénitentiaire et de la Maison Centrale de Gaillon désaffectées par décision de la Chambre des Députés de 1901, ainsi que de l'opinion de nos collègues en fonction dans les asiles publics de France.

1. — Asile des Aliénés criminels de Gaillon.

Telle est ou doit être la nouvelle appellation de l'Infirmerie pénitentiaire de Gaillon jadis exclusivement consacrée aux condamnés aliénés.

M. le Dr Raoul Leroy, notre ami, qui en est le chef médical, a bien voulu nous envoyer un mémoire fort important.

Ce mémoire examine deux points principaux :

a) La situation actuelle de Gaillon ; *b)* ses applications possibles.

a) D'après le Règlement provisoire du 20 janvier 1902, Gaillon est dénommé *Asile spécial de condamnés aliénés et épileptiques*. C'est sa fonction présente. Il reçoit, comme en 1876, les condamnés aliénés et épileptiques des maisons centrales de France (dont la peine dépasse un an de prison). Les condamnés à moins d'un an font leur peine dans les prisons départementales et sont, s'ils deviennent aliénés, placés à l'asile du département correspondant. Les malades de Gaillon sont considérés comme en cours de peine, l'asile de Gaillon relevant jusqu'ici directement de l'Administration pénitentiaire (mars 1904). A l'expiration de leur peine ils rentrent dans le droit commun ; guéris, ils sont

remis en liberté après certificat médical ; sinon ils sont transférés à l'asile du département où ils ont leur domicile de secours.

De 1876 à 1901 on y a, en moyenne, traité 80 malades. Du premier semestre 1902 au 1er janvier 1904 on a, par semestre, hospitalisé 83, 80, 77, 81 aliénés. Au 1er janvier 1904 il y reste 63 malades. Le tableau statistique, d'une précision incomparable, dressé par M. Leroy, démontre qu'on a eu affaire à toutes les formes d'aliénation mentale.

Ces malades sont surtout des instables, impulsifs, dangereux, chez qui, quel que soit le degré de l'affaiblissement intellectuel ou démence, la violence est l'habitude. Les complots y sont légion, nécessitant l'isolement en cellule ; les éléments de désordre, les chicanes, les commérages et les haines y règnent en permanence. Ces sujets ont une aptitude étonnante à fabriquer des armes et des fausses clefs. En un mot, si l'aliéné criminel ressemble à l'aliéné ordinaire, le criminel aliéné ressemble surtout aux détenus des maisons centrales. Il est par conséquent impossible de placer ce dernier à l'asile ordinaire. A la prison ou dans la maison centrale où l'on essaie la régénération par le travail il devient un être nuisible, trop souvent isolé en cellule et même attaché. Annexer un quartier d'aliénés à chaque maison centrale coûterait trop cher. A Gaillon, les droits de l'humanité aussi bien que les nécessités de la sécurité sociale sont sauvegardés.

b) Les *aliénés criminels,* continue l'auteur du Mémoire, présentent un danger qui impose leur traitement dans un établissement spécial possédant une discipline et des moyens appropriés. Les *aliénés vicieux* ou pervers, méchants, irritables, raisonnants, évadeurs, dépourvus de jugement, de discernement, ne sont pas plus à leur place dans nos asiles que les aliénés criminels. Le jour où il existera des *asiles-prisons* intermédiaires entre l'asile et la prison, bien des difficultés disparaîtront pour les juges et les médecins légistes dans l'imputation des responsabilités partielles.

Or *Gaillon semble l'embryon tout indiqué du futur asile d'aliénés criminels.*

L'établissement peut contenir actuellement 120 malades. La partie de l'ancienne maison centrale réservée par le Ministre de l'Intérieur peut, avec quelques modifications, contenir 150 à 180

aliénés. On peut donc dire qu'il y a à Gaillon la place suffisante pour hospitaliser 300 malades environ. De vastes jardins entourent l'établissement.

Un asile de 300 malades au maximum est seul désirable, parce qu'il faut éviter l'agglomération des aliénés dangereux et qu'en outre le médecin doit consacrer un temps très long à sa visite. Le médecin doit écouter religieusement les petites affaires de ce genre de sujets, les réprimander, les moraliser ; en même temps qu'il arrive ainsi à les bien connaître, il exerce sur eux quelque influence.

Il faut installer de petits quartiers de 30 à 40 malades au plus. Et par dessus tout un quartier cellulaire organisé dans les meilleures conditions d'hygiène et de sécurité, comprenant en cellules, la moitié de l'effectif ; il faut qu'on ait constamment quelques cellules de libres à la disposition d'internés aussi difficiles à manier.

On les occupera à des travaux qui n'exigent pas d'outils tels que le triage des haricots, de lainages, la confection de cordes, etc.

Gaillon, ainsi compris, se composerait :

α) De l'*asile pénitentiaire* destiné aux condamnés aliénés, à discipline stricte sauf régimes médicaux spéciaux ;

β) De l'*asile de sûreté* à discipline moins sévère, à nourriture meilleure.

A cet asile de sûreté on placerait :

Les aliénés condamnés ayant fini leur peine, au lieu de les transférer dans les asiles départementaux ; tous les aliénés criminels et vicieux nécessitant une surveillance spéciale (fous moraux, débiles, pervers, évadés récidivistes, épileptiques dangereux, persécutés-persécuteurs, certains persécutés à réactions dangereuses) ; les inculpés irresponsables mais dangereux pour la sécurité publique, à raison de leurs assassinats, de leurs impulsions homicides ou autres, de viols, de vagabondages et vols, d'incendies.

L'asile entier de Gaillon serait sous l'autorité exclusive du médecin de l'établissement conformément à l'art. 7 du règlement en vigueur : « Le service médical, en tout ce qui concerne le régime

physique et moral, ainsi que la police médicale et personnelle des internés, est placé sous l'autorité du médecin. »

Les *sorties* n'auraient lieu que sur l'avis d'une Commission composée de magistrats et de médecins, afin de sauvegarder l'intérêt public. Le médecin y aura certainement le rôle prépondérant, mais cette Commission, juge d'une mesure aussi grave, sera la sauvegarde du médecin, puisqu'il s'agit d'individus dangereux pour la sécurité publique.

*
* *

Nous ne commenterons pas ce travail. A titre d'expérience, il nous semble exécutable mais sous le mérite des observations que nous avons déjà développées.

2. — Enquête dans les asiles publics de France.

Nous avons, il y a quelques mois, le 31 octobre 1903, adressé à soixante-dix chefs de service une circulaire. Nous leur demandions :

a) S'ils faisaient une différence entre les aliénés criminels et les criminels aliénés au point de vue des difficultés qu'ils pourraient leur causer dans l'établissement qu'ils dirigeaient ; — *b)* Quelle proportion ils avaient en moyenne d'aliénés criminels ; — *c)* Quelle proportion de criminels aliénés ; — *d)* S'ils estimaient qu'ils méritaient, les uns et les autres, les uns ou les autres, des mesures spéciales, et lesquelles.

Notre principal désir était de provoquer un *referendum* sur leurs opinions relatives à l'ensemble de la question. Cette circulaire n'avait de limitatif que la forme.

De trente-deux nous sont parvenues des réponses. Nous les en remercions bien sincèrement. Ce sont : les Drs Malfilâtre (Ariège) ; Ramadier (Aveyron) ; Ph. Rey (Aix, Bouches-du-Rhône) ; Samuel Garnier (Dijon) ; Bessière (Evreux) ; Dubuisson (Toulouse) ; Chevalier-Lavaur (Auch) ; Journiac (Jura) ; Doutrebente (Blois) ; Nolé (Lozère) ; Broquère (Mayenne) ; Pâris et Vernet (Maréville) ; Croustel (Morbihan) ; Chardon (Armentières) ;

E. Cortyl (Bailleul) ; G. Cortyl (Pas-de-Calais) ; Girma (Pau) ; Gilb. Petit (Sarthe) ; Dumaz (Savoie) ; Giraud (St-Yon) ; Cullerre (Vendée) ; Sizaret (Rennes) ; Dubuisson, Dagonet, A. Marie, Taguet, Marandon (Asiles de la Seine) ; Christian et Ritti (Charenton) ; Charpentier et Chaslin (la Salpêtrière).

*
* *

a) Si nous enregistrons les réponses catégoriques à la première question, nous trouvons que dix-huit médecins ne font aucune différence entre les aliénés criminels et les criminels aliénés au point de vue des difficultés qu'ils pourraient leur causer dans l'établissement qu'ils dirigent. Ce sont : MM. Malfilâtre, Ph. Rey, Samuel Garnier, Chevalier-Lavaur, Doutrebente, Nolé, Broquère, Croustel, Chardon, E. Cortyl, G. Cortyl, Girma, Gilb. Petit, Giraud, Sizaret, Taguet, Marandon, Christian.

On n'est d'ailleurs jamais bien sûr que le criminel aliéné n'était pas un aliéné avant sa condamnation, ajoutent Ph. Rey, Girma, Marandon, de Montyel ; d'autant que, puisqu'il n'y a pas de psychose par incarcération, c'est un prédisposé à l'aliénation mentale (Marandon).

M. Giraud ne voit là qu'une question de mots ; qu'il y ait eu ou non condamnation, ce sont des aliénés ordinaires. Avis conforme de Sizaret, qui surveille surtout l'évolution de l'état mental chez tous les aliénés dangereux criminels ou pouvant le devenir, de Christian, de Doutrebente et son élève M. Olivier, Broquère, Croustel, etc... Le quartier d'observation, la surveillance et la répartition à l'asile suffisent selon les tendances des individualités.

La tâche de la surveillance est plus facile quand on a affaire à des ruraux atteints de déficit intellectuel et moral comme à Auch (Chevalier-Lavaur), ou à des alcooliques comme à Lesvellec (Croustel).

Quelque restriction est à noter malgré la réponse négative de la part de Samuel Garnier (Dijon). Il redouterait plutôt l'aliéné criminel, parce que le criminel aliéné, assoupli par son emprisonnement, vient à l'asile quand la notoriété du crime commis est affaiblie.

Huit chefs de service distinguent formellement entre l'aliéné criminel et le criminel aliéné. Ce sont : MM. Bessière, Dubuisson (de Toulouse), Pâris et Vernet (de Maréville), Dumaz, Cullerre, Dagonet et Charpentier.

La pratique des asiles met Bessière, Dumaz et Cullerre en garde contre le criminel aliéné.

L'asile d'Evreux, que dirige M. Bessière, servait autrefois de refuge momentané aux pensionnaires de Gaillon dont la peine était expirée, en attendant qu'on fut fixé sur leur domicile de secours. Or les criminels aliénés sont des modèles de dépravation morale, fourberie, astuce, hypocrisie, délation, épistolomanie, violences ; ils fomentent en permanence l'indiscipline, le trouble. M. Brunet a obtenu qu'on en fixât le domicile de secours à Gaillon même. M. Bessière s'est débarrassé de ceux de la Seine. Leur place n'est pas dans un asile. Ainsi pensent Dumaz (de la Savoie), Cullerre (de la Vendée).

Pour MM. A. Pâris (service des femmes de Maréville) et Dubuisson (de Toulouse) les criminels devenus aliénés sont les moins dangereux parce que ce sont plutôt des vésaniques (Pâris), le crime et le délire pouvant ne pas avoir de relation de cause à effet entre eux (Dubuisson). Ils ont moins d'influence sur la mentalité de leurs compagnons que certains aliénés criminels, dégénérés à mauvais instincts, d'un commerce préjudiciable aux dégénérés instinctifs non criminels auxquels il n'a manqué pour commettre de crime que l'hospitalisation tardive, le milieu, les circonstances aggravantes de l'aliénation mentale et de la dégénérescence (Pâris). Seulement les délirants partiels en rémission ou améliorés protestent contre leur présence, et la sélection rationnelle en est impossible dans les vieux asiles à grands quartiers très populeux. M. Vernet (service des hommes de Maréville) dit aussi que les autres malades se plaignent de leur contact avec des criminels.

MM. Dagonet et Charpentier parlent surtout de la distinction nominale à maintenir.

*
* *

b) La proportion moyenne des aliénés criminels se trouve, autant qu'il nous a été possible de nous servir de ceux des ren-

seignements qui nous sont parvenus, contenue dans le tableau suivant :

	HOMMES	FEMMES	POUR LES DEUX SEXES
	—	—	—
Asile de l'Ariège....................	3,3	4	1,80 °/.
Asile d'Aix (Bouches-du-Rhône)......	4	—	—
Asile de la Côte-d'Or................	3	0,27	—
Asile de l'Eure......................	—	—	3 à 6
Asile de la Haute-Garonne...........	—	—	0,21
Asile du Gers.......................	—	—	1,90
Asile du Jura.......................	3,4	2,8	3,1
Asile du Loir-et-Cher...............	4,6	1,6	—
Asile de la Mayenne................	0	0,3	—
Asile de Meurthe-et-Moselle.	4	1	—
Asile du Morbihan.	2,50	1,16	—
Asiles du Nord.....................	2,7	—	—
Asile des Basses-Pyrénées........... (Aliénés criminels et criminels aliénés ensemble.)	5,8	0,75	—
Asile de la Sarthe..................	12,07	3,81	7,25
Asile de la Savoie......	—	—	5
Asile St-Yon (femmes) Seine-Inferieure.	—	0,99	—
Asile de la Vendée..................	4,5	0,33	—
Asile d'Ile-et-Vilaine................	9,9	1,7	5,27
Asile de Maison Blanche (femmes) Seine.	—	2	—
Asile de Ville-Evrard (hommes)[1] Seine.	1,91	—	—

A St-Alban (Lozère) et à l'asile des femmes du Pas-de-Calais (St-Venant) la proportion est insignifiante.

Ces chiffres si différents ne peuvent évidemment servir seuls ; il faut que l'enquête soit complète pour qu'on soit en droit d'en tirer une conclusion quelconque.



1. — Mais à côté de ces aliénés criminels au sens du code M. Marandon a relevé les aliénés délictueux et la proportion en est dans son service de 12,02 sur lesquels 11,11 °/₀ d'erreurs judiciaires (aliénés méconnus).

c) La même réflexion s'impose au sujet de la proportion des criminels aliénés résumée dans le tableau ci-dessous. Cependant on sera frappé de l'infime minorité des criminels aliénés.

	HOMMES	FEMMES	POUR LES DEUX SEXES
	—	—	—
Asile de la Mayenne............	3,88	0 °/₀	—
Asile de Meurthe-et-Moselle..........	0	1,5 p^r 1000	—
Asiles du Nord....................	0,31	0 °/₀	—
Asile d'Ille-et-Vilaine...............	0,7	1,5 °/₀	—
Asile de Maison Blanche (femmes) Seine.	0	0	—
Asile de Ville-Evrard (hommes) Seine.	0,20	—	—
Asile de la Salpêtrière (femmes) Seine.	0	—	—
Asile de l'Ariège....................	—	—	0 °/₀
Asile de la Côte-d'Or................	—	—	0,88
Asile de l'Eure......................	—	—	4
Asile de la Haute-Garonne..........	—	—	0,21
Asile du Gers......................	—	—	0
Asile de la Lozère..................	—	—	0
Asile du Morbihan..................	—	—	0
Asile de St-Venant (femmes) Pas-de-Calais.	—	1	—
Asile de la Sarthe..................	—	—	0,25
Asile de la Savoie..................	—	—	1
Asile de St-Yon (femmes) Seine-Inférieure.	—	0,5	—
Asile de la Vendée..................	—	—	0

*
* *

d) Les aliénés criminels et les criminels aliénés méritent-ils les uns et les autres, les uns ou les autres, des mesures spéciales ? Lesquelles ?

α) Ils ne méritent ni les uns ni les autres de mesures spéciales, répondent MM. Malfilâtre (Ariège), Nolé (Lozère), Croustel (Lesvellec), Ed. Cortyl (Bailleul), Giraud (St-Yon), Christian (de Charenton). Ce sont des aliénés comme les autres qui, d'ailleurs, sont en trop petit nombre pour causer des difficultés ; une sur-

veillance assidue à l'Asile suffit, au moyen des organes mêmes de l'établissement.

β) Mais, par contre, treize de nos collègues sont d'avis qu'on organise *un asile spécial* contenant et les *aliénés criminels* et les *criminels aliénés*. Leurs motifs ne sauraient être passés sous silence :

1° Ph. Rey, d'Aix (Bouches-du-Rhône) : Il faut un asile spécial pour aliénés *délinquants*, dégénérés, récidivistes évadeurs (bien qu'il n'y en ait que très peu, trois seulement, chez lui), et surtout pour les criminels aliénés (Gaillon), alors même qu'ils auraient été grâciés du restant de leur peine ;

2° Sam. Garnier (de Dijon) : Un asile pour aliénés criminels et criminels aliénés ; les familles protestent contre la confusion. Faites, dit-il, un recensement général exact et déterminez la proportion des hommes et des femmes de ces catégories ;

3° Chardon (d'Armentières) : Un *asile de sûreté* pour aliénés *criminels* ou *dangereux* parce que l'asile ordinaire est de plus en plus ouvert :

4° Dubuisson (de Toulouse) : Un asile spécial pour les *aliénés criminels* ayant bénéficié d'un non-lieu, et surtout pour les aliénés *devenus criminels à l'asile*. On y joindrait les *criminels aliénés*, sauf à transférer à l'asile départemental, après observation, ceux qui ne seraient pas reconnus dangereux. Toute ordonnance de non-lieu devrait être suivie de l'internement du bénéficiaire à l'asile spécial ;

5° Les aliénées *meurtrières*, dit G. Cortyl (de St-Venant) logent en cellules ; il serait préférable de les colloquer dans un asile spécial afin d'éviter un contact toujours pénible avec les autres malades, et d'obtenir une surveillance et des précautions faciles ;

6° Girma (de Pau) : « La promiscuité des uns et des autres avec les autres aliénés est fâcheuse, surtout pour les familles des malades. Une des causes de la répugnance qu'inspirent les asiles tient précisément à cette promiscuité. Doléances nombreuses à ce sujet. S'ils ne sont pas toujours un sujet de trouble et d'effroi, leur présence restreint les mesures libérales. Leur assigner un local dans un asile ordinaire n'est pas pratique parce qu'il y en a trop peu ; le rassemblement dans un même milieu des cas pathologiques les plus disparates est contraire au

traitement méthodique de la folie. Leur dissémination dans l'asile vaut mieux, mais il faut alors une sorte de captivité nuisible aux autres aliénés.

» Créez donc des *asiles régionaux* pour *aliénés criminels* et *criminels aliénés ensemble* mais choisissez pour les dénommer un terme heureux qui ne les stigmatise pas du qualificatif criminel. Ce seront des asiles de traitement, mais munis d'un appareil défensif; cet appareil deviendrait alors de moins en moins utile dans les asiles ordinaires.

» On les y transporterait par *voie administrative* ou *judiciaire*, sur l'initiative du chef de service. Cette perspective *retiendrait* peut-être *quelques-uns des fous moraux* qui n'hésitent pas à commettre un crime, en se targuant de leur situation d'irresponsables ; »

7° M. Gilb. Petit (du Mans), énonce tout court que la création d'un asile des aliénés dits criminels s'impose pour les uns et les autres ;

8° Créez, formule J. Dumaz (de Bassens), des asiles spéciaux pour tous les criminels aliénés et recevant ceux des aliénés criminels qui nécessitent à l'asile ordinaire un quartier-prison. L'évasion possible des criminels aliénés nécessite une surveillance nuisible à l'établissement, et les malades ou leurs parents souffrent de cette promiscuité. Quant aux aliénés criminels, il en est dont l'état mental admet un régime de liberté relative ; d'autres, non ;

9° Cullerre (de la Roche-sur-Yon) : Les aliénés criminels, dont plusieurs ont commis des crimes retentissants, sont, pour la plupart, des persécutés qui travaillent ; plusieurs jouissent d'un no-restraint complet. Ils ne causent point d'embarras, sauf discussions avec des camarades ou des infirmiers maladroits qui leur reprochent leur passé. Leur séparation d'avec les aliénés ordinaires, d'ordre sentimental, ne serait justifiable que si leur placement, leur maintien, leur sortie de l'asile étaient soumis à des formalités légales particulières, sinon non.

Le *criminel aliéné* doit être interné dans des quartiers ou asiles spéciaux. Seulement il faudrait pouvoir y admettre, le cas échéant, aussi les *aliénés criminels dangereux* à l'occasion ;

10° Broquère (de la Mayenne) : Un asile spécial pour les uns et les autres, pour les uns ou les autres s'impose. Séparez-les tous

des autres aliénés, dans un but social et pour le bon ordre social.

Dans l asile spécial on créera deux quartiers : un pour les curables (alcooliques par exemple), un pour les incurables. On les y traitera, même les criminels aliénés, comme des malades. Un secteur spécial sera dans cet asile réservé aux aliénés criminels.

Les criminels aliénés y seront admis par la justice mais après examen médico-légal de plusieurs aliénistes. L'admission des aliénés criminels y aura lieu par le Préfet ou par voie de placement volontaire. Les sorties n'auront lieu qu'après examen médico-légal d'experts aliénistes ;

11° Sizaret (de Rennes) : Ce qui importe c'est le *malade dangereux* quelconque. Il faut, pour lui, le quartier de sûreté obligatoire dans chaque asile ou, mieux, l'asile *régional dit de sûreté*. Vous y mettrez ceux des types à évolution mentale stationnaire ou en voie d'évolution qui nécessitent cet internement. Ceux dont l'évolution mentale est terminée ont leur place à un asile d'hospitalisation ou dans les colonies familiales ;

12° Charpentier (de la Salpêtrière) : Les deux classes, même dociles, tranquilles, ne devraient pas être mêlées aux autres aliénés. On peut réunir ensemble, dans un même quartier ou dans un même asile, les aliénés criminels et criminels aliénés qui exigent des mesures spéciales en rapport avec les espèces de *dangers* qu'ils peuvent faire courir. On assimilera aux aliénés criminels ou criminels aliénés difficiles, les aliénés dangereux (indociles, indisciplinés, évadeurs, suicides, voleurs, calomniateurs, etc.), ayant ou non commis des crimes qui nécessitent des mesures spéciales en rapport avec les dangers qu'ils peuvent faire courir ;

13° A. Marie (de Villejuif) : Aliénés délinquants, délinquants aliénés, *ou aliénés dangereux et particulièrement difficiles* devraient être isolés des aliénés ordinaires pour permettre la réalisation de l'hôpital de traitement des maladies mentales. Ils exigent une discipline particulière qui exclut le mélange et des mesures spéciales en cas de sortie pour *couvrir la responsabilité médicale* (internement judiciaire ou autre à déterminer).

Les asiles renferment aussi des *vicieux,* indisciplinés, à mauvaises habitudes, révoltés, agressifs, *souvent délictueux,* souvent

à la limite du code, souvent même irréprochables, mais toujours insupportables. *On pourrait, en attendant les modifications à la loi de 1838, les placer dans un quartier à part et y joindre les aliénés criminels et les criminels aliénés,* avec lesquels ils ne se confondent pas légalement.

γ) Partisans d'annexes de prisons ou d'établissements pénitentiaires ou d'asiles spéciaux pour les *criminels aliénés seuls* sont les auteurs suivants :

1° Bessière (d'Evreux) : L'aliéné criminel, devenu criminel sous l'influence ou dans le cours de ses troubles intellectuels, est un malade quelconque qu'il faut traiter à l'asile de son département. Mais le criminel aliéné, en cours de peine, ne doit pas être mis dans un établissement spécial où il apprendrait la simulation ; installez pour lui *un quartier cellulaire annexe des prisons ou maisons centrales.* Quand il aura purgé sa peine, mettez-le à l'*asile-prison* (Projet Dubief) ;

2° Pâris (de Maréville) : Les aliénés criminels sont des malades ; ils n'exigent pas des établissements spéciaux. Mais les criminels aliénés dont la société est désagréable aux malades encore un peu lucides, et surtout pénible aux améliorés et aux convalescents, exigent des *établissements spéciaux régionaux annexés au besoin à quelques pénitenciers.* Ce sont des condamnés ; il n'y aura donc pas de tare spéciale pour eux quand on les placera dans un service hospitalier plus fermé que l'asile d'aliénés ; et bien que ce soient des malades, comme ils sont avant tout criminels, les *annexes spéciales de prison ou de pénitenciers seraient préférables ;*

3° Dagonet (Ste-Anne) : Placez les criminels aliénés en *des annexes des établissements pénitentiaires ;*

4° Marandon de Montyel (Ville-Evrard) : Le criminel aliéné, c'est le régressif au plus haut point puisqu'il n'avait pas besoin de devenir fou pour être criminel. L'utilité pour lui *d'un asile spécial* est évidente parce que ce sont de vrais criminels déjà isolés et isolables des autres malades ; mais y en a-t-il assez pour peupler un asile ? Nécessité d'une législation spéciale ;

5° Taguet (Maison-Blanche, Seine) : Les criminels aliénés en cours de condamnation devraient purger leur peine dans un *établissement spécial,* car la folie, chez eux, n'est qu'un facteur

secondaire, et il faut éviter la promiscuité avec l'aliéné honnête;

6° Chaslin (de la Salpêtrière) : Les épileptiques rôdeurs, voleurs, etc., se rapprochent des criminels à proprement parler. Il faut les séparer des autres à cause de leur caractère insupportable ;

δ) La création d'*asiles spéciaux pour aliénés criminels seuls* semble assez discutée.

Chevalier-Lavaur (d'Auch), A. Journiac (de St-Ylie), Vernet (de Maréville), la demandent dans les termes que voici :

Chevalier-Lavaur : Un asile spécial pour aliénés criminels qui sont la cause de désordres, de méfaits, asile spécial à organisation particulière incompatible avec celle des asiles ordinaires.

A. Journiac (de St-Ylie) : Il y a des aliénés, criminels ou non, violents, désagréables, dangereux, perturbateurs, peut-être plus nombreux parmi les criminels ; ils sont en trop petite quantité pour exiger un quartier spécial dans l'asile ordinaire : faites un asile spécial.

Vernet (de Maréville) : Utilité d'un asile spécial pour *quelques-uns des aliénés criminels* qui continuent à être dangereux et nécessitent une surveillance spéciale, des mesures exceptionnelles peu compatibles avec le régime ordinaire de l'asile, pour ceux en un mot qui, par la nature de leur délire, continuent à être dangereux. Mais un grand nombre, après un traitement plus ou moins prolongé, deviennent inoffensifs et peuvent être employés aux divers travaux.

Opinions contraires : Pâris (de Maréville), Marandon de Montyel (de Ville-Evrard), Doutrebente et M. Olivier (de Blois), Dagonet (de Ste-Anne), Bessière (d'Evreux), Nolé (de la Lozère).

Pâris (de Maréville) : Les aliénés criminels ne sont que des malades ; si vous les mettez dans un établissement spécial, vous leur imposez, ainsi qu'à leur famille, une tare plus lourde que celle qui, par suite de la persistance de vieux préjugés, pèse déjà sur la famille du malade et sur l'aliéné en traitement dans l'asile ordinaire. Laissez donc, à part quelques très rares exceptions, les aliénés criminels dans les asiles ordinaires, d'autant *qu'ils ne sont généralement eux-mêmes que les victimes d'une assistance trop tardive.*

Marandon de Montyel (Ville-Evrard) : Jamais les aliénés criminels ne m'ont causé de difficultés pendant mes 29 ans de pratique (à Toulouse, Evreux, Marseille, Dijon, dans la Seine). D'ailleurs peu nombreux, à peine 2 °/₀ dans la Seine, malgré le voisinage de Paris, il vaut mieux les disséminer que de les réunir en grand nombre. Les envoyer dans un asile spécial, c'est les expatrier, leur causer un préjudice moral et matériel, les séparer des leurs, compromettre leur guérison. Ces asiles spéciaux seraient des lieux de douleurs et des fabriques d'incurables. Bien plus, ils afficheraient la criminalité du malheureux et la frapperaient d'une tare monstrueuse, injuste ; c'est un régressif sans doute, mais surtout un malade. Nécessité d'une législation spéciale.

Doutrebente et M. Olivier (de Blois) : Les aliénés criminels ne méritent pas d'autre traitement que les aliénés vulgaires. Nous acceptons cependant la question des *aliénés dangereux*. Mais elle disparaît avec la création de petits asiles. On peut alors les laisser sans inconvénient dans les quartiers d'agités ordinaires où leurs tendances perturbatrices s'émoussent sans qu'ils aient été contagieux ni dissolvants pour leurs voisins.

De même Dagonet (de Ste-Anne), Bessière (d'Evreux), Nolé (de la Lozère), pensent que l'aliéné criminel est un malade quelconque à traiter à l'asile de son département ; il y en a d'ailleurs trop peu pour peupler un asile spécial ; ils ne causent aucune difficulté à l'asile ordinaire.

*
* *

e) Quelques chefs de service ont affirmé la *nécessité* d'une *législation spéciale.*

Ainsi M. Broquère (Mayenne) qui veut un asile commun aux aliénés criminels et aux criminels aliénés, préconise une législation judiciaire propre à l'admission des criminels aliénés (expertise médico-légale de plusieurs aliénistes) ; une législation préfectorale spéciale à l'admission des aliénés criminels. En tout cas les sorties ne seraient effectuées qu'après examen médico-légaux.

M. Cullerre croit que la séparation des aliénés criminels d'avec les autres aliénés n'aurait de raison d'être que si leur

placement, leur maintien et leur sortie étaient préalablement soumis à des formalités légales particulières.

M. A. Marie parle d'un internement judiciaire (ou autre) à déterminer, pour les aliénés délinquants, délinquants aliénés ou aliénés dangereux.

M. Girma demande que, sur l'initiative du chef de service, on puisse interner aliénés criminels ou criminels aliénés dans un asile spécial ; cette mesure suspendue sur la tête des fous moraux à tendances agressives, qui spéculent sur leur irresponsabilité pour commettre des crimes, aurait, croit-il, un salutaire effet.

M. Dubuisson (de Toulouse) serait d'avis que toute ordonnance ou tout arrêt de non-lieu devrait être suivi de l'internement de l'aliéné criminel à l'asile spécial.

Enfin Marandon de Montyel, partisan de l'asile ordinaire pour le véritable aliéné criminel, n'en réclame pas moins pour lui une législation spéciale. L'aliéné criminel, dit-il, est un régressif puisqu'il a tué, incendié, etc... Ne le faites pas sortir avant guérison complète ; la guérison, une fois établie, doit encore être justifiée par un traitement supplémentaire prolongé à la suite de cette guérison. Il y a lieu, en effet, de craindre des rechutes, et des rechutes dans les mêmes conditions que la première fois, c'est-à-dire accompagnées de crimes. Nécessité, au besoin, d'avoir recours à une expertise faite par plusieurs aliénistes.

A fortiori cette législation spéciale s'impose-t-elle pour le criminel aliéné interné, lui, dans un asile spécial, qui représente un tempérament encore plus régressif, puisqu'il n'a pas eu besoin de devenir fou pour être criminel.

*
* *

En résumé, six personnalités compétentes maintiennent le *statu quo*, tant pour les aliénés criminels que pour les criminels aliénés ; ils n'éprouvent le besoin d'aucune mesure spéciale ; l'asile ordinaire leur suffit.

Treize fonctionnaires croient à l'urgence d'*un asile spécial commun aux criminels aliénés et aux aliénés criminels.* Ils se basent sur la promiscuité intolérable des aliénés qui ont eu

maille à partir avec la justice et des aliénés qui n'ont pas commis d'actes nuisibles ; citons surtout à cet égard Samuel Garnier, Broquère, G. Cortyl, Girma, J. Dumaz. La notion d'un danger possible résultant de la présence à l'asile ordinaire d'aliénés criminels ou de criminels aliénés ressort principalement des communications de Chardon, Dubuisson (de Toulouse), G. Cortyl, Girma, J. Dumaz, Cullerre, Broquère, Sizaret, Charpentier, A. Marie. — A la notion d'aliénés dangereux délinquants se joint celle de fous dangereux quelconques ; fous moraux, aliénés dangereux et vicieux. C'est pourquoi la nécessité du choix à faire par le chef du service des aliénés à éliminer de l'asile commun, se trouve implicitement ou expressément contenue dans la plupart de ces explications. Dans cet asile spécial, on installerait des divisions distinctes pour chaque catégorie ; il y aurait la section des aliénés criminels et la section des criminels aliénés. Cet asile serait, en somme, l'*asile de sûreté* des *aliénés dangereux* et *vicieux*. Le terme, pour être moins malheureux que celui d'asile des aliénés criminels condamné par Girma, n'en met pas moins une tare au front de ceux qui y entreront.

Six de nos confrères préfèreraient qu'on n'évacuât des asiles ordinaires que les *criminels aliénés* parce que ce sont avant tout des criminels. On les placerait soit dans des *annexes aux prisons ou aux établissements pénitentiaires* (Bessière, Pâris, Dagonet), soit dans un *établissement spécial* s'il y en a suffisamment pour cela (Bessière, Marandon, Taguet, Chaslin).

Six également de nos collègues maintiendraient les *aliénés criminels* qui, eux, ne sont pas des criminels, dans les *asiles ordinaires*. Ce sont des malades. A part de très rares exceptions (Pâris) ils ne causent pas (jamais, dit Marandon) de soucis. En les dirigeant sur un asile dit des aliénés criminels on affiche leur tare pour toujours. Ainsi parlent Pâris, Marandon de Montyel, Doutrebente, Dagonet, Bessière, Nolé.

Trois médecins en chef ou directeurs-médecins adopteraient un *asile spécial des aliénés criminels* mais après *sélection* et examen des dangers que les aliénés criminels font courir aux autres aliénés. Tels Chevalier-Lavaure, A. Journiac, Vernet.

***

De nos renseignements complémentaires nous retiendrons et examinerons un bon nombre d'indications.

En ce qui concerne les DISPOSITIONS JUDICIAIRES, A. Marie et Girma mentionnent l'utilité d'une législation de ce genre pour les aliénés délinquants, délinquants aliénés, aliénés dangereux. Marandon s'exprime de même pour les aliénés criminels et les criminels aliénés.

Sans doute elles sont légitimes pour les *criminels aliénés*. Après la réforme de l'expertise, on sera sûr que ce sont des criminels avant tout. Les propositions Dubief et Alombert-Coget, dans lesquelles l'intervention du Tribunal Civil basée sur des expertises tempère en quelque sorte la main-mise d'une autorité trop lourde, sont applicables. Bien que personnellement nous n'en ayons jamais eu besoin, la logique nous les a fait admettre.

Ces dispositions judiciaires sont déjà moins utiles malgré le tort fait à la Société, pour l'*aliéné criminel,* car au fond l'aliéné criminel n'est pas un criminel. Mais en présence de l'unanimité de nos collègues y compris l'élève de M. Doutrebente, M. Olivier, nous les avons acceptées.

Nous ne les admettons pas du tout pour les *aliénés dangereux, vicieux, dépravés,* avant qu'on n'ait perfectionné les asiles et qu'il soit bien démontré que l'utilité s'en impose. Pourquoi infliger à des aliénés qui n'ont eu aucun démêlé avec la justice une répression déguisée quand on peut manier, en ce qui a trait à leur sortie, l'article 29 de la loi de 1838 ?

Passons à l'examen des DISPOSITIONS MÉDICO-ADMINISTRATIVES.

Nous sommes en face du système de M. Raoul Leroy, de *Gaillon,* l'embryon futur de l'asile des aliénés criminels. On y mettrait d'abord les condamnés aliénés (criminels aliénés) qui formeraient l'*asile pénitentiaire*. Puis on y installerait sous le nom d'*asile de sûreté,* à part — les aliénés condamnés ayant fini leur peine, au lieu de les transférer dans les asiles départementaux — tous les aliénés criminels et vicieux qui nécessitent une surveillance spéciale (fous moraux, vicieux, débiles, pervers, évadés récidivistes, épileptiques dangereux, persécutés-persécuteurs, certains persécutés à réactions dangereuses), — inculpés irresponsables mais dangereux pour la sécurité publique, à raison de leurs assassinats, de leurs impulsions homicides ou autres, de viols, vagabondages, vols, incendies.

Dans cet asile qui est la réalisation des propositions déjà examinées, sous le simple couvert de la loi de 1838, l'autorité médicale serait absolue, mais les sorties seraient soumises à une Commission composée de magistrats et de médecins. Les médecins y auraient la voix prépondérante.

C'est cet asile qui est demandé, dans l'enquête précédente, par 13 de nos collègues.

Sans doute l'asile spécial pour *criminels aliénés* paraît légitime, comme le veulent Dubief, Alombert-Goget, Bourneville, Ch. Vallon, Bessière, Pâris, Dagonet, Marandon de Montyel, Taguet, Chaslin. Il a pour lui les mêmes raisons que l'adoption des dispositions judiciaires spéciales. Ces aliénés sont déjà isolés et isolables des autres aliénés. Raoul Leroy démontre le fonctionnement à ce sujet de Gaillon dans de bonnes conditions. Rien de mieux.

Mais l'*aliéné criminel* n'est pas assimilable au criminel aliéné. Un groupe important de médecins de l'enquête pense après bien d'autres que c'est un malade comme les autres. Si vous l'envoyez dans un établissement spécial, forcément régional, outre que vous affichez son cas particulier et lui imprimez au front une tare imméritée, vous l'éloignez de sa famille. C'est un malade qui a eu le malheur de commettre un crime. Généralement il n'est pas difficile à gouverner et n'a pas besoin d'autre traitement que l'aliéné vulgaire (Pâris, Marandon, Doutrebente, Dagonet, Bessière, Nolé). Aussi les médecins qui demandent un asile spécial pour aliénés criminels font-ils intervenir l'idée de l'aliéné dangereux (Chevalier-Lavaure, A. Journiac, Vernet). Et c'est cet argument de l'aliéné dangereux, vicieux, dépravé, qui constitue le levier principal des partisans de l'asile de sûreté, ou comme l'a dit je ne sais plus qui, de l'asile de désinfection ; cet asile sera, suivant Marandon, un lieu de douleur, une fabrique d'incurables.

Avant même d'avoir dépouillé les documents de Raoul Leroy et de nos confrères, nous avions exprimé notre manière de voir.

Défiez-vous, disions-nous plus haut, pour l'aliéné criminel d'un asile spécial qui imprime une tare au front de gens qui ne sont pas des criminels. Les vices de vos asiles sont la cause probable des difficultés intérieures. Réorganisez-les et sélectionnez avec soin. Que si vous êtes obligé par des embarras

intérieurs et par l'état de quelques aliénés, de procéder à des éliminations, utilisez à titre d'essai Gaillon, mais avec la plus grande prudence.

Quant à ce qu'on appelle des *aliénés dangereux, vicieux, dépravés,* craignez l'asile de désinfection, l'asile des déchets moraux propre à tous les *amoraux*. Améliorez avant tout vos établissements. Si vous possédez quelque sujet particulièrement dangereux, placez-le avec circonspection à Gaillon dans les mêmes conditions que celles que nous avons précisées à propos des aliénés criminels.

L'analyse du mémoire de Raoul Leroy et celle des lettres de nos distingués confrères où l'on sent palpiter bien des hésitations n'est pas faite pour nous faire changer d'avis.

Qu'on ne se lance pas dans un machinisme systématique avant d'être positivement assuré des causes de certaines perturbations de l'organisation ancienne !

Qui sait s'il n'y a pas, au préalable, des moyens prophylactiques à employer ?

III. — MESURES PRÉVENTIVES

Rien de plus urgent que de s'occuper des mesures à prendre à l'égard des aliénés criminels, mais est-il une question plus haute que celle qui envisage les moyens de prévenir les crimes des aliénés ?

Ici nous laisserons de côté les criminels aliénés, parce que le problème des causes du crime chez l'individu qui est sain d'esprit au moment où il commet un crime n'est pas du ressort de ce travail. Pour les savants qui admettent qu'il existe des individus qui ont commis un crime sans que l'aliénation mentale entre pour rien dans l'exécution de l'acte, ces malheureux sont avant tout des criminels. Nous n'avons pas mission d'examiner les mesures préventives de l'acte criminel chez les gens sains d'esprit.

Il en est au contraire tout autrement de l'acte criminel commis sous l'influence de l'aliénation mentale. C'est ce que nous nous proposons d'envisager.

Nous allons essayer de voir s'il n'est pas possible d'empêcher que les aliénés deviennent dangereux, d'empêcher qu'ils ne commettent des crimes ou des délits.

Si cette prophylaxie existait, elle tirerait d'embarras, nos finances d'abord, nos consciences ensuite.

C'est un sujet que nous n'avons certes pas la prétention d'épuiser. Nous nous efforcerons simplement d'en fixer les principaux éléments.

Il nous apparaît sous trois modalités distinctes.

Y a-t-il des mesures préventives à prendre contre les désordres que les aliénés non encore séquestrés sont susceptibles de produire contre les personnes ou contre les biens des citoyens ?

Existe-t-il des mesures préventives à prendre contre les désordres que les aliénés peuvent effectuer à l'intérieur de l'asile où ils sont internés ?

Peut-on agir de façon à s'opposer préventivement aux crimes ou délits d'aliénés déjà séquestrés qui, par suite de guérison ou d'amélioration, doivent être remis en liberté ? Cette dernière interrogation envisage le cas où les aliénés séquestrés ont ou non avant leur séquestration commis des crimes et délits.

1° Mesures préventives de crimes à l'égard de l'aliéné non encore séquestré :

L'expérience quotidienne démontre que l'aliéné ne devient généralement pas criminel tout-à-coup, pas plus qu'il ne devient brusquement aliéné. Il faut, quelles que soient les tares des prédisposés, un certain temps pour que se développe l'aliénation mentale ; c'est d'ordinaire sous l'influence des progrès de celle-ci qu'apparaissent les éléments morbides (délire, agitation, dépression, perturbations du caractère, anomalies psychiques quelconques) aptes à rendre le malade dangereux.

Morel et J. Falret ont montré que les aliénés sont presque toujours dangereux à la période d'évolution de leur maladie ou du syndrome morbide.

C'est le hasard, dit J. Falret, qui fait que, parmi les aliénés, les uns sont enfermés après un acte commis, tandis que les autres l'ont été avant d'avoir été criminels, la séquestration ne leur ayant pas laissé le loisir d'agir.

La qualification de dangereux appliquée à telle ou telle catégorie d'aliénés ne suffit pas, reprend P. Garnier au Congrès de Nancy (1896) à déterminer exactement quels sont les malades qui doivent être internés à l'exclusion des autres, attendu que,

d'une part, on ne saurait affirmer qu'un aliéné réputé inoffensif ne peut devenir, à un moment donné, une cause de dangers, et que, d'autre part, c'est un devoir d'assistance d'hospitaliser des aliénés indigents qui, pour n'avoir pas troublé l'ordre de la rue, ou menacé la vie des personnes, n'en ont pas moins besoin de ces soins spéciaux sans lesquels leur maladie s'établit le plus souvent à l'état chronique.

Telle est encore l'opinion de Ramadier et Fenayrou (1898) pour lesquels « tous ou presque tous les aliénés sont susceptibles de devenir dangereux. Si, dans certains cas, il est presque impossible d'affirmer que tel d'entre eux ne peut, sans danger, rester en liberté, on ne saurait jamais soutenir qu'un autre est inoffensif au point de n'avoir pas besoin d'être interné... Chez nombre d'aliénés, un fait insignifiant, la première occasion venue, deviennent parfois, alors qu'on s'y attend le moins, la cause d'un crime ».

Le danger résulte, écrit Sizaret, de l'état mental. Il y a des aliénés dont l'état mental est stationnaire ; d'autres (persécutés, hypochondriaques, mélancoliques) dont l'état mental est en voie d'évolution ; d'autres enfin dont l'état mental a terminé son évolution (déments, paralytiques généraux, séniles). M. Sizaret envisage surtout l'aliéné à l'asile. Mais tout aliéné en liberté peut être inoculé par l'occasion que signalent les précédents auteurs, apte à en faire criminel. De plus il n'est pas d'aliéné qui, en dehors de l'asile, bénéficie d'une stabilité mentale suffisante pour qu'on ait confiance en lui.

La preuve nous la possédons dans les statistiques éminemment suggestives d'A. Ritti sur les *aliénés en liberté*. Sur 421 cas d'aliénés criminels pour la période quinquennale de 1898-1902, M. Ritti a noté 27,55 °/₀ d'homicides, agressions ou menaces de mort ; 20,66 de tentatives de suicides ou suicides ; 16,39 d'homicides ou suicides ; 15 d'aliénés excentriques ou ayant commis des actes délictueux ; 6,41 d'incendiaires. Ces malades ont en cinq années fait 410 victimes. La grande majorité de ces crimes ou délits ont été exécutés par *des aliénés qui, pour la plupart, étaient malades depuis fort longtemps.*

Le remède est facile à appliquer, il est dans la séquestration hâtive.

A. Pâris nous dit de son côté : à côté de quelques aliénés

criminels, qui sont des dégénérés à prédominance de mauvais instincts, il est un grand nombre de dégénérés instinctifs de même acabit qui, s'ils ne sont pas devenus criminels, le doivent à ce qu'ils ont été internés de bonne heure. Chevalier-Lavaure met en vedette le danger particulier des dégénérés fous moraux, réfractaires à toute direction, à instincts pervers, perturbateurs et désorganisateurs, qui sont surtout des aliénés criminels des villes.

Ainsi s'explique le conseil de G. Ballet. Peut-être y aurait-il lieu, dit le maître, de s'occuper des mesures préventives, de veiller à l'application stricte de nos articles 18 et 19 de la loi de 1838, qui visent le danger imminent et le danger contre l'ordre public des aliénés non séquestrés.

Dans le même ordre d'idées, convient-il de rappeler les paroles d'Henri Colin, dans sa communication à la Société générale des prisons (1897). Nombreux sont actuellement les aliénés en liberté que les maires ne font pas interner pour ne pas grever le budget des communes. Les exemples cités par l'orateur ne sont que des unités dans la légion des cas surabondamment connus.

Bourneville vient encore de raconter deux histoires qui témoignent du singulier état d'esprit des représentants de l'autorité. Il s'agit en premier lieu d'une dame ; un médecin rédige en Mars un certificat explicite dans lequel il la qualifie de dangereuse, après avoir mentionné qu'elle a essayé de se tuer en laissant ouvert le robinet du gaz d'éclairage. A l'asile clinique on refuse de l'admettre faute de place. Au commissariat de police, on répond qu'il faut attendre que la malade ait accompli un acte dangereux. Cet acte dangereux est précisément accompli le jour même par un autre aliéné qui met le feu ; il était malade depuis quelque temps, mais la police ne s'est occupée de le séquestrer que lorsque l'acte dangereux a été exécuté [1].

Est-il besoin de plus amples détails pour prouver qu'il n'y aurait peut-être plus d'aliénés criminels si l'on adoptait des mesures propres à une assistance immédiate dans le genre de celles que préconisent Ramadier et Fenayrou.

a) Réagir contre les préjugés qui éloignent les malades de nos asiles.

1. — *Progrès Médical,* 16 avril 1904.

C'est affaire à une propagande active et judicieuse. Loin, comme le fait entendre Pâris, de créer des asiles spéciaux pour aliénés criminels, qui ne feraient qu'augmenter le mauvais renom des asiles ordinaires, il faut, au contraire, tendre à faire considérer les asiles ordinaires comme des hôpitaux. (Bourneville, Magnan et Bouchereau.)

b) Divulguer les dangers des aliénés en liberté et les avantages de les traiter aussitôt que possible.

Des circulaires groupant les faits terribles trop communs devraient être répandus à profusion.

c) Traiter vite les aliénés.

Plus vite ils seront traités, moins ils commettront d'actes dangereux, plus vite aussi ils seront rétablis.

En montrant au public que c'est encore le moyen le plus économique, on pourrait aussi l'éclairer sur le danger des relations sexuelles, qui procréent des enfants anormaux.

Mais, pour traiter vite, il faut faire *admettre rapidement les aliénés dans les asiles.* Pour les y faire admettre vite, il faut faciliter les *formalités légales* de l'admission.

Or le grand obstacle à ces admissions ce sont, comme l'ont proclamé Ramadier, Fenayrou et Henri Colin, les embarras financiers des communes. A cet égard la proposition des deux premiers auteurs mérite considération. Les aliénés seraient tous à la charge de l'État. L'État solderait les dépenses de tous les aliénés dans les départements au moyen d'un *impôt général communal,* qui serait proportionnel, non au nombre des aliénés par commune, mais aux ressources de chaque commune.

Un autre obstacle provient des *formalités administratives des admissions,* si longues quand il s'agit des aliénés indigents. Or le public s'imagine que l'admission des aliénés est trop aisée ; on parle plus volontiers de séquestration illégale ou arbitraire, et les législateurs croient à la nécessité de multiplier les garanties de l'opportunité des séquestrations. Ramadier et Fenayrou, par contre, demandent l'*admission provisoire,* sur *certificat d'un seul médecin,* sauf à prononcer l'admission définitive après toutes enquêtes, tous examens jugés utiles. Cette pratique serait le complément de quartiers ou asiles d'observation et dépôts provisoires établis aux hôpitaux et hospices

prévus par l'article 29 du projet de loi Dubief que A. Marie vient de remettre en mémoire.

Tout le monde, par exemple, semble s'être rallié à l'idée de *faciliter les placements volontaires gratuits*. Bourneville en a (loc. citat.) rappelé l'origine et les conditions.

« Les aliénés devraient être admis dans les asiles par placements volontaires, sauf ceux qui sont arrêtés par la police.

» Dans la Seine, le nombre de ces placements est allé en augmentant, mais pas encore assez. Beaucoup de médecins ignorent qu'ils peuvent envoyer directement leurs malades au Bureau d'admission de l'asile clinique (Sainte-Anne), et même dans les autres asiles, en s'entendant avec les médecins. Mais, à raison de l'encombrement, le Bureau d'admission ne reçoit pas tous les malades qui se présentent. On parerait à ces inconvénients en établissant, pour les placements directs, une circonscription pour chaque asile. »

Parfait, mais en province bien des Préfets s'opposent à ce que les indigents soient reçus à l'asile sans que l'Administration ait fait l'enquête préalable.

C'est alors que la motion G. Ballet, calquée sur le projet de loi italien Deprétis, pourrait rendre des services. Tout aliéné traité à son domicile doit être signalé à la police par la famille et son médecin qui certifie en même temps le degré de nocuité ou l'innocuité du sujet. L'autorité avisée fait une enquête et ordonne le placement dans un asile public ou privé si elle le juge convenable.

Il va de soi que les médecins qui exercent la médecine sont pour l'exécution de l'ensemble de ces dispositions, supposés familiarisés avec les principes de la médecine mentale. L'*enseignement des maladies mentales* constitue la première mesure prophylactique du crime chez les aliénés non encore internés.

2° Mesures préventives de crimes à l'égard de l'aliéné interné :

Ce paragraphe répond à la préoccupation des médecins d'asiles qui se sentent débordés par les aliénés dangereux de toute nature et constatent ou redoutent leurs agressions, leurs actes nuisibles dans les asiles mêmes où ces malades sont traités.

Ainsi le Dr Toulouse (de Villejuif) par une lettre que nous

recevons trop tard pour l'incorporer au dépouillement de notre enquête, s'exprime en ces termes :

« Je crois comprendre cette seconde question (quelle proportion avez-vous en moyenne d'aliénés criminels ?) comme suit : Quelle est la proportion des malades ayant commis dans le service des atteintes à la propriété ou à la vie d'autrui ? »

Ces lignes prouvent que les dangers que font courir les malades à leurs camarades ou au personnel sont un objet de soucis constants pour bien des médecins. L'article 40 du projet de loi Dubief représente en quelque sorte la solution d'un problème qui doit avoir été fréquemment soumis à notre éminent confrère, par les fonctionnaires des asiles publics.

Nous ne trouvons d'autre réponse à ces susceptibilités légitimes que celle-ci. Il faut complètement réformer l'arsenal de l'assistance publique de nos aliénés.

De même que dans les manufactures on a dû transformer les moyens d'action industriels (machines et procédés), de même dans nos asiles il convient d'adapter les méthodes et instruments d'assistance aux conditions modernes.

Ce ne sont pas, à notre avis, seulement les aliénés foncièrement dangereux qui causent des difficultés, à l'intérieur des asiles, ce sont tous les aliénés qui, s'y trouvant hospitalisés en trop grand nombre, se heurtent à tous les inconvénients de l'encombrement. Si l'asile n'est pas encombré, il ne possède pas l'envergure et l'outillage nécessaires à la disposition d'une répartition judicieuse des malades. Les dangers particuliers inhérents aux dégénérés fous moraux (Chevalier-Lavaure, etc.), aux aliénés criminels dégénérés à mauvais instincts (A. Pâris, etc.), aux persécutés et aux persécuteurs (Chambard, H. Contagne, Cullerre et autres) dérivent avant tout de l'insuffisance de nos moyens de traitement.

Les asiles ne doivent être ni trop pleins, ni trop grands, parce qu'alors on n'y connaît pas ses malades, et l'on ne peut surveiller son personnel. Ils doivent être d'une population modérée.

Les petits asiles de 400 à 500 malades (M. Olivier et Doutrebente) doivent, en outre, être formés de petits quartiers, éloignés les uns des autres, comme autant de villas, répartis en un mot sur un espace qui permette l'individualisation des aliénés, et l'on y doit largement prévoir tous les organes indispensables.

(*)

A chaque petit pavillon annexez, selon les besoins, le repos au lit, des chambres d'isolement disséminées, l'hydrothérapie. Proscrivez les grands quartiers de sûreté, car il ne convient pas de rassembler en un même local trop d'aliénés agités ou dangereux. Installez l'open door, les colonies agricoles, les colonies familiales, de types divers.

Occupez, en les séparant, les diverses entités mentales qui, dans ces conditions, ne penseront plus à nuire, ne contamineront plus les voisins, ne seront plus une force dissolvante pour les autres (DOUTREBENTE).

Déjà même, en certains asiles qui ne correspondent néanmoins pas encore absolument à cet idéal on a obtenu des résultats satisfaisants. Cullerre n'affirme-t-il pas que les aliénés criminels, dont plusieurs ont commis des crimes retentissants, sont pour la plupart des persécutés qui travaillent ; d'aucuns jouissent même d'un no-restraint complet. C'est ce qui avait lieu à l'asile d'Armentières alors que nous en étions le directeur.

Eh bien, ces améliorations, susceptibles de modifier l'état mental des aliénés, représentent, selon nous, de véritables mesures préventives d'accidents ou incidents graves. Tout établissement d'aliénés qui fonctionne comme une prison produit l'animosité des malades qui y sont internés. Ils n'y sentent plus l'affectueuse surveillance du médecin ; ils ne voient dans le Directeur qu'un geôlier. (M. OLIVIER.)

3° Mesures préventives de crimes à l'égard de l'aliéné sorti par guérison ou par amélioration :

M. Ritti, en critiquant les sorties prématurées coupables d'avoir engendré des aliénés criminels, cite la thèse de Pallut (Bordeaux 1901). Cet auteur a montré que 68 malades prématurément mis en liberté ont commis 78 attentats graves, et qu'ils ont fait 65 victimes. Un grand nombre de celles-ci ont été tuées, les autres ont été grièvement blessées, le même aliéné ayant exécuté souvent plusieurs crimes et délits.

Deux cas se peuvent présenter :

a) Ou bien le médecin d'asile se trouve en face d'un aliéné qui avant sa séquestration avait déjà commis un crime ou un délit ;

b) Ou bien il va donner la sortie à un aliéné jusqu'ici irréprochable.

a) S'agit-il d'un aliéné qui avant sa séquestration avait commis un crime ou un délit on a, pour se guider, les prodromes qui avaient annoncé l'accès d'aliénation mentale sous l'influence duquel cet aliéné était devenu criminel (GEORGET). On connaît donc les signes sur lesquels toute chose étant égale d'ailleurs, se doit baser la surveillance au dehors.

Malgré cela il est tout naturel que l'on craigne la rechute avec récidive criminelle.

Je ne vois, pour ma part, pas nettement en quoi les commissions préposées à la sortie, les experts, les internements prolongés à titre d'épreuves, les asiles d'aliénés criminels, fourniront les moyens de déclarer que le malade guéri *n'est pas suspect de rechute.*

On ne s'est du reste pas gêné pour dire que personne ne voudra assumer la responsabilité de la sortie. A ce compte-là ce sera la détention perpétuelle de Christian, ou la séquestration basée sur la durée des peines que l'aliéné eût encourues s'il avait été reconnu criminel responsable (BRIERRE DE BOISMONT).

Semblable condamnation a cependant ému les partisans les plus convaincus de la sauvegarde sociale. On a alors proposé d'envoyer ces aliénés, condamnés à perpétuité, en des lieux où ils jouiraient d'une existence plus douce. On a suggéré l'idée de faire pour eux des colonies agricoles spéciales (H. COUTAGNE, JOFFROY), et d'installer ces colonies en Nouvelle-Calédonie (H. COUTAGNE).

Nous proposerons un procédé moins radical, celui de la colonie familiale, au moins à titre d'épreuve (A. MARIE). Quand, après avoir passé à l'asile des aliénés ordinaires, un temps pendant lequel le patient aura témoigné d'une guérison soutenue, ce même sujet aura été soumis à l'open-door, il pourra, à notre sens, jouir des bienfaits de la liberté surveillée, comme cela se fait, chez les nourriciers.

Malgré cela on usera de la sortie sous garantie (Th. ROUSSEL), qui trouvera en outre un contrôle efficace dans la bienveillance expérimentée des Sociétés de patronage (P. GARNIER).

Tous ces moyens peuvent être utilement mis en pratique par l'administration préfectorale.

b) Les mêmes mesures sont à recommander non pas seulement pour tout aliéné criminel déjà coté, mais pour n'importe quel aliéné dangereux en général et encore pour l'aliéné ordinaire à délire ou état mental suspect intermittent on non qui, s'ils n'ont pas encore été criminels, peuvent le devenir.

Il est en effet certain qu'un aliéné qui n'a jamais commis de crime peut en commettre un sous l'influence d'une rechute ou d'une récidive quand cela ne serait que par l'action d'excès alcooliques.

Mais si vous appliquez à tout aliéné sorti, dès qu'il retombe malade, les procédés dont il a été fait mention dans le premier paragraphe, vous éliminez d'emblée tout danger puisque vous prenez ainsi toutes les précautions propres à l'assistance précoce. Votre malade, qui a pu être interné à temps la première fois, sera encore interné en temps opportun la seconde. La sortie prématurée dont fait état Ritti ne sera plus à redouter.

Cette sortie prématurée sera d'autant moins redoutable que la Société de patronage à laquelle sera signalé le malade s'enquerra auparavant si l'aliéné, quel qu'il soit, doit retrouver à sa sortie le même milieu et s'il est à craindre qu'il ne reprenne les mêmes habitudes. (Christian.)

Les conditions de surveillance par les familles des malades et l'action des colonies étaient recommandées, ne l'oublions pas, par Billod ; Dagonet en avait parlé pour les aliénés ayant commis des crimes dont la sortie lui semblait légitime. Quant aux Sociétés de patronage, M. Falret fils en a fondé une. Il existe celle des asiles de la Seine.

Avec une organisation de ce genre ne se met-on pas à l'abri des incartades de l'aliéné ? Il n'y a plus qu'à la faire fonctionner.

Mais si, comme au Commissariat de police dont parle Bourneville, « on exige qu'il se produise un accident pour intervenir, on manque d'humanité, outre que l'on oublie que la loi de 1838 sur les aliénés est à la fois une loi de sécurité publique et une loi de bienfaisance ».

CONCLUSIONS

I. — Il faut en première ligne *prévenir* les *crimes et délits* des aliénés *avant leur internement.*

Pour cela il convient de prendre toutes les précautions nécessaires à la SÉQUESTRATION RAPIDE DES ALIÉNÉS. On usera des *moyens de propagande* utiles pour dissiper dans le public les préjugés qui éloignent les malades de nos asiles, et pour mettre en garde contre les dangers auxquels exposent les aliénés en liberté en insistant sur les avantages d'un traitement rapide. On simplifiera les *formalités de l'admission ;* le dégrèvement des communes, les admissions provisoires et les placements volontaires gratuits constituent d'excellentes mesures. On pourrait, au besoin, mettre les familles et les médecins dans l'obligation de déclarer à l'autorité avec certificats à l'appui, les aliénés traités momentanément à domicile ; l'autorité avertie surveillerait les malades.

II. — Il est parfaitement possible de *prévenir les crimes et délits des aliénés sortis des asiles* par guérison ou par amélioration.

Contre la *sortie prématurée* on possède l'open-door, la colonisation familiale, les sorties sous garanties. *La surveillance de l'aliéné en liberté* se peut continuer par l'intermédiaire des Sociétés de patronage.

La *réintégration rapide* en cas de *rechute* est assurée et par cette surveillance et par les procédés qui viennent d'être énumérés plus haut.

III. — *Dispositions judiciaires.* — Personnellement nous n'avons jamais eu besoin de dispositions légales de cette sorte.

a) Nous n'osons cependant point aller à l'encontre de l'intervention du Tribunal Civil si demandée pour les *aliénés criminels* depuis leur crime ou délit jusqu'après leur sortie. Cette intervention n'est au demeurant que la généralisation de l'article 29 de la loi de 1838 (projet Dubief, projet Alombert-Coget, projet M. Olivier, projet Vallon) ; elle a pour base des expertises médico-légales ;

b) En ce qui concerne le *criminel aliéné,* la réforme de l'expertise appliquée à tout accusé ou inculpé en précisera la

qualité (projet Cruppi, projet Dubief, projet Alombert-Coget). Le criminel aliéné étant alors un criminel par-dessus tout, qu'il reste sous la surveillance de l'autorité judiciaire, conformément au projet Dubief, aux propositions Henri Colin et Alombert-Coget. La sortie de ce genre de malades demeure, conformément à l'article 29 de la loi de 1838, à la disposition du Tribunal Civil.

c) Les *aliénés dangereux, vicieux, dépravés de nos asiles* ne méritent, à notre avis, aucune intervention de la magistrature. Le médecin traitant n'a, s'il le juge convenable, qu'à appliquer quand ils demandent leur sortie l'article 29 de la loi de 1838. Pourquoi mettre ces aliénés dans la même situation que les aliénés ayant commis des crimes ou des délits au-dehors, alors que, par le désencombrement des asiles, on a le moyen de s'en tenir à sa fonction purement médicale ?

IV. — *Dispositions médico-administratives :*

a) Ne faisons pas d'asile spécial pour les *aliénés criminels;* leur envoi dans cet asile infligerait aux malades et à leurs familles un déshonneur immérité. Ils sont si peu nombreux et si peu dangereux que tout le monde réclame une *sélection préalable.*

Seulement, comme à raison de la désaffectation votée par la Chambre des députés (1901) Gaillon se trouve à notre disposition, il est loisible à certains médecins d'expérimenter cet établissement pour quelques-uns de leurs aliénés criminels particulièrement difficiles. Il y a des situations locales à envisager. Mais point n'est besoin de se lancer systématiquement dans les procédés d'ordre pénitentiaire ;

b) Si, après la réforme de l'expertise, il est démontré qu'il existe des *criminels aliénés,* Gaillon est tout indiqué. C'est à cet asile qu'il appartient de recevoir les criminels aliénés. Propositions Dubief, Alombert-Coget, Bourneville, Ch. Vallon. Gaillon pourrait aussi servir à l'examen des inculpés ;

c) Étant donné les imperfections de pas mal d'asiles départementaux, un devoir étroit s'impose. C'est la réforme complète de ces établissements encombrés, mal distribués, qui ressemblent plutôt à des prisons, qu'à des hôpitaux d'aliénés. *Ne faites*

donc pas avant d'avoir pratiqué cette réforme d'asile pour les *aliénés dangereux, vicieux, dépravés de vos asiles,* pas d'asile de sûreté pour les *déchets amoraux.* Si quand vous aurez amélioré les asiles existants, vous vous trouvez en présence de sujets réfractaires (cela peut arriver en certains endroits), vous aurez le droit d'envoyer ces individus à Gaillon, administrativement, sans autre recours, conformément aux conclusions d'un rapport démonstratif.

Restez médecins.

A Armentières nous n'avons jamais eu besoin non plus d'aucune de ces dispositions médico-administratives.



TABLE DES MATIÈRES

Les Démences vésaniques

PAR

le Dr G. DENY

MÉDECIN DE LA SALPÊTRIÈRE

AVANT-PROPOS

« Mon intention en prenant la parole, disait l'année dernière M. le Dr Gilbert Ballet à la première séance du Congrès de Bruxelles, est moins de faire une communication que d'appeler l'attention sur l'opportunité qu'il me semble y avoir à discuter le plus prochainement possible (je voudrais que ce fût à la prochaine session) la question très à l'ordre du jour de la **démence précoce,** *qu'il paraît aujourd'hui plus rationnel d'appeler la* **démence vésanique rapide.** »

A s'en tenir à cette dernière dénomination, il semble bien qu'en mettant la question des **démences vésaniques** *au nombre de celles qui doivent être discutées à la session de Pau, le Congrès de Bruxelles ait voulu, comme M. Gilbert Ballet, que le problème de la* **démence précoce** *fut abordé de front et qu'il reçût, s'il était possible, une solution.*

A vrai dire, entre la démence précoce considérée actuellement par l'École d'Heidelberg comme une affection **primaire,** *à évolution nettement déterminée, et le groupe disparate des démences vésaniques ou* **secondaires,** *dans lequel viennent se fondre les états terminaux de diverses psychoses, les rapports semblent assez éloignés; mais, en y réfléchissant, on ne tarde*

pas à se convaincre que ces deux questions sont au contraire étroitement unies et que leur étude est pour ainsi dire inséparable.

Il ne faut pas se dissimuler en effet que la nosographie actuelle de la démence précoce n'a pu être constituée qu'à la faveur d'un démembrement des anciennes vésanies et des démences qui leur succèdent et, par conséquent, qu'une révision complète du groupe actuel de ces vésanies et de ces démences s'imposera si l'autonomie de la démence précoce, brillamment défendue l'année dernière à Bruxelles par le Dr Claus, est définitivement reconnue.

On voit donc qu'il existe un rapport de subordination très étroit entre ces deux questions, et que, malgré le titre proposé pour ce rapport, l'étude des démences vésaniques y doit céder le pas à celle de la démence précoce.

Ces brèves considérations montrent assez nettement l'intérêt du débat qui va s'ouvrir pour qu'il soit inutile d'y insister davantage.

Si la démence précoce est une psychose constitutionnelle, ne pouvant être attribuée qu'à une prédisposition strictement inhérente au sujet, comme on l'admet encore pour l'hystérie, les classifications actuelles, malgré leurs imperfections, gardent toute leur valeur ; si, au contraire, la démence précoce est une maladie accidentelle, au même titre que la paralysie générale progressive, il faut s'attendre, sinon à une révolution, comme l'a proclamé M. Gilbert Ballet à Bruxelles, du moins à une évolution, qui permettra d'exclure définitivement des cadres actuels de la psychiâtrie, non seulement les anciennes folies simples, déjà condamnées par Morel et par J. Falret, mais encore la plupart des psychoses qu'on s'est efforcé de rattacher dans ces dernières années à la dégénérescence mentale.

CHAPITRE Ier

Division du sujet.

L'existence de la démence précoce, c'est-à-dire d'une psychose à manifestations variées, qui se montre surtout chez les jeunes gens à l'époque de la puberté ou de l'adolescence, et qui se termine presque toujours, sinon toujours, au bout d'un temps relativement court, par l'abolition complète de l'intelligence ne saurait plus être aujourd'hui contestée par personne. Il n'est aucun médecin en effet qui n'ait eu l'occasion d'observer quelques exemples de cette affection et les aliénistes dont elle a davantage attiré l'attention, l'ont depuis longtemps décrite sous des vocables divers : *idiotie accidentelle ou acquise, démence précoce, hébéphrènie, folie de la puberté, démence chronique primaire de la jeunesse, démence juvénile, démence vésanique rapide, démence primitive*, etc.

C'est le terme de *démence précoce* qui est actuellement le plus répandu et c'est lui que nous adopterons malgré les critiques qui lui ont été adressées, parce qu'il a l'avantage de ne pas préjuger, comme celui d'*hébéphrènie* ou de *folie de la puberté,* la cause de l'affection et parce qu'il ne limite pas à une époque aussi restreinte de la vie que celui de *démence juvénile,* la date de son apparition.

Cette dénomination purement clinique est du reste d'origine française; elle appartient, croyons-nous, à Morel, et puisque les auteurs allemands l'ont conservée, nous serions de notre côté mal venus à l'abandonner. Quant à la désignation de *démence vésanique rapide,* récemment proposée par M. Gilbert Ballet, nous croyons qu'elle doit être écartée, au moins provisoirement, parce qu'elle tranche la question doctrinale et pathogénique actuellement en discussion.

Si la plupart des aliénistes, en effet, s'entendent pour admettre l'existence d'une affection démentielle propre à l'adolescence,

l'accord est loin d'être aussi unanime en ce qui concerne sa nature et son étiologie.

« Le problème étiologique, a dit M. Ballet, à Bruxelles, me paraît à l'heure actuelle le problème capital : la démence précoce est-elle une psychose *accidentelle* ou une psychose *constitutionnelle?* Voilà le point vif de la question. Suivant la solution qui interviendra on pourra décider si la description de la démence précoce n'est qu'une amplification nosographiquement plus détaillée et plus précise de celle déjà donnée par Morel, ou si, au contraire, l'affection doit être élevée au rang d'entité nosologique nouvelle. »

Acceptant la discussion sur le terrain choisi par M. Gilbert Ballet, je m'abstiendrai de faire ici un historique détaillé qui serait de nature à compliquer la question plutôt qu'à l'éclaircir. Je me bornerai à exposer brièvement la genèse et l'évolution des idées, qui se traduisent aujourd'hui par une divergence complète de vues, entre les continuateurs de Morel et les partisans de l'École d'Heidelberg.

J'essayerai ensuite, en me basant sur l'étude étiologique et clinique de 50 cas de démence précoce observés et suivis à la Salpêtrière, au cours de ces dernières années, ainsi que sur les constatations anatomiques faites récemment sur les centres nerveux de quelques-uns de ces malades, d'élucider le problème pathogénique qui passionne aujourd'hui si vivement le monde des aliénistes et de déterminer la place qu'il convient d'assigner à la démence précoce dans la classification.

J'examinerai enfin dans un dernier chapitre la question de savoir si le groupe des démences vésaniques ou secondaires doit être maintenu dans la nomenclature psychiâtrique.

CHAPITRE II

Genèse et formule de la démence précoce : psychose constitutionnelle ou psychose accidentelle.

S'il n'est pas contestable que la conception actuelle de la démence précoce soit fondée à peu près uniquement sur les travaux des auteurs allemands, il faut cependant reconnaître que les médecins français du commencement du siècle dernier n'y sont pas restés tout à fait étrangers.

L'histoire des origines de la démence précoce peut donc être divisée en deux périodes, *française* et *allemande,* à la vérité d'inégale importance, qui se partagent à peu près par moitié le siècle qui vient de finir. A ces deux périodes, nous en ajouterons une troisième consacrée à l'exposé de la théorie qui, d'après un grand nombre de travaux récents, paraît appelée à rallier tous les suffrages et que nous appellerons période *contemporaine.*

I. **Période Française** *(1809-1860).* — Elle s'étend du commencement au milieu environ du siècle dernier. Trois noms seulement méritent d'y figurer : Pinel, Esquirol et Morel.

A) — Bien que Pinel n'ait distingué que quatre espèces d'aliénations mentales : la *manie,* la *mélancolie,* la *démence* et *l'idiotisme,* et que, sous cette dernière dénomination il ait englobé indistinctement tous les cas « d'oblitération des facultés intellectuelles et des sentiments affectifs », qu'ils fussent congénitaux ou acquis, aigus ou chroniques, c'est à lui qu'on a voulu faire remonter la première notion de la démence précoce. A l'appui de cette manière de voir on a cité l'observation du jeune sculpteur, âgé de 28 ans, épuisé autant par des excès d'intempérance que par les plaisirs de l'amour, dont Pinel a tracé le portrait suivant : « Il restait presque toujours immobile et taciturne, ou

bien par intervalles, il laissait échapper une sorte de rire niais et stupide ; nulle expression dans les traits de sa figure, nul souvenir de son état antérieur. Il ne marquait jamais d'appétit et l'approche seule des aliments mettait en jeu les organes de la mastication ; il restait toujours couché et a fini par tomber dans une fièvre hectique qui est devenue mortelle[1] ».

Il est possible en effet qu'il se soit agi là d'un cas de démence précoce, mais il n'en reste pas moins que l'illustre médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière, ne l'a pas isolé de ceux où les facultés intellectuelles n'avaient jamais existé.

B) — C'est à Esquirol qu'appartient le mérite de cette distinction ; au mot d'*idiotisme* il substitua celui d'*idiotie* et sépara nettement celle-ci de la *démence*. Il décrivit, en outre, les principales manifestations du *négativisme* ainsi que la plupart des *stéréotypies* auxquelles on accorde aujourd'hui une si grande valeur pour le diagnostic de la démence précoce et entrevit même cette affection, comme le prouvent les lignes suivantes extraites de son chapitre sur l'idiotie :

« Quelquefois les enfants naissent très sains, ils grandissent en même temps que leur intelligence se développe ; ils sont d'une grande susceptibilité, vifs, irritables, colères, d'une imagination brillante, d'une intelligence développée, l'esprit est actif. Cette activité n'étant pas en rapport avec les forces physiques, ces êtres s'usent, s'épuisent vite, leur intelligence reste stationnaire, n'acquiert plus rien et les espérances qu'ils donnaient s'évanouissent : c'est l'*idiotie accidentelle* ou *acquise*[2]. »

Non seulement Esquirol ne fait aucune allusion aux *antécédents héréditaires* de ces enfants, mais il déclare même très explicitement et en maints endroits, que l'arrêt de développement de leurs facultés est la conséquence de *causes accidentelles*. Au nombre de ces causes, il range : un traitement trop actif et débilitant par des saignées, la suppression des menstrues, les écarts de régime, l'onanisme, les coups sur la tête, etc. Pinel avait déjà remarqué que l'abus des saignées durant un traitement antérieur de la manie, une vive frayeur, une suppression

1. — Ph. Pinel : *Tr. méd. philosophique sur l'aliénation mentale,* 1809, p. 182.

2. — Esquirol : *Maladies mentales,* 1838, t. II, p. 342.

brusque des règles ou des retards de l'écoulement menstruel peuvent produire l'idiotisme, de telle sorte que, pour les médecins du commencement du siècle dernier, il semble bien que l'affection que nous désignons aujourd'hui sous le nom de démence précoce, pouvait survenir d'une façon fortuite et accidentelle. Comme cette opinion est celle qui tend aujourd'hui à prévaloir, il n'était peut-être pas inutile de rappeler que la France lui avait servi de berceau.

C) — La théorie d'Esquirol sur l'*idiotie accidentelle* ou *acquise* ne retint pas l'attention de ses contemporains et ne tarda pas à être combattue par Morel qui enseigna « que bien loin d'être *accidentelle,* la démence des adolescents devait au contraire être considérée comme *constitutionnelle* — pour lui c'est un signe de dégénérescence qu'il faut rattacher à l'hérédité. — C'est chez les enfants d'aliénés, d'alcooliques, dit-il, que l'on observe cet arrêt prématuré des facultés, qui n'est que le dernier terme d'une évolution fatale, dont l'adolescent avait apporté le germe en naissant[1] ».

C'est Morel pourtant qui employa le premier, le mot de « démence précoce » pour caractériser l'état mental des enfants chez lesquels l'apparition de la puberté est suivie à bref délai d'une déchéance progressive et irrémédiable des facultés.

A propos, en effet, d'un enfant de 13 à 14 ans chez lequel une haine violente pour l'auteur de ses jours avait subitement remplacé les sentiments les plus tendres, Morel s'exprime ainsi :

« Cet enfant dont la tête était bien conformée et dont les facultés intellectuelles dépassaient de beaucoup celles de ses camarades d'études..... devint sombre, taciturne et montra de la tendance à l'isolement. Progressivement il oublia tout ce qu'il avait appris, ses facultés intellectuelles si brillantes subirent un temps d'arrêt très inquiétant. Une espèce de torpeur voisine de l'hébétude remplaça l'activité première et, lorsque je le revis, je jugeai que la transition fatale à l'état de *démence précoce* était en voie de s'opérer. Ce pronostic désespérant est ordinairement bien loin de l'idée des parents et même des médecins qui donnent leurs soins à ces enfants.

1. — Christian : *De la démence précoce des jeunes gens.* (*Ann. méd. Psych.*, 1899, p. 45.)

Telle est néanmoins dans bien des cas la funeste terminaison de la folie héréditaire. Une immobilisation soudaine de toutes les facultés, une *démence précoce*, indiquent que le jeune sujet a atteint le terme de la vie intellectuelle dont il peut disposer. Il est alors désigné sous le nom *d'imbécile, d'idiot*[1] ».

Morel malheureusement, commne nous l'avons déjà signalé, n'attacha pas d'autre signification à l'expression de démence précoce que celle d'un simple stigmate tardif de dégénerescence comparable à la *surdi-mutité*, à la *faiblesse congénitale des facultés*, etc.[2] à côté desquelles il la range ; le plus souvent il lui préfère le terme d'idiotisme qui revient à chaque instant sous sa plume et à propos d'un jeune séminariste devenu idiot dans la plus complète acception du mot, il s'écrie même : « Je ne sais en vérité quel nom donner à l'état mental de certains individus que j'ai pu observer et qui, après avoir passé par tous les degrés de la *mélancolie avec débilité progressive de l'intelligence* sont tombés ultérieurement dans l'*idiotisme* le plus irrémédiable et le plus dégradant[3]. »

Quoiqu'il en soit, Morel n'accorda pas une place distincte dans sa classification aux déments précoces, qu'il avait cependant observés en grand nombre[4] et il les fit rentrer dans la 3e classe de ses « *aliénations héréditaires à existence intellectuelle limitée avec transition à l'idiotisme le plus irrémédiable* ».

Ainsi englobée dans le vaste groupe des folies héréditaires, la *démence précoce* ou l'*idiotie accidentelle* d'Esquirol eut le sort de la *stupidité* de Delasiauve, laquelle, selon l'expression de Chaslin « *disparut simplement, oubliée, perdue, évanouie, dans le bouleversement produit par la conception de la dégénérescence*[5] ».

Deux provinces perdues d'un seul coup pour la psychiâtrie française, c'était peut-être payer un peu cher l'introduction de cette nouvelle doctrine dans la médecine mentale.

1. — Morel : *Tr. des Mal. mentales*, 1860, p. 566.
2. — Morel : *Traité des Mal. mentales*, 1860, p. 516.
3. — Morel : *id.*, p. 177.
4. — « Notre asile, dit Morel, renferme un nombre énorme de jeunes gens de l'un et l'autre sexe ainsi tombés prématurément en démence, et la dénomination de *démence juvénile* est presque aussi souvent employée par nous que celle de *démence senile. Ét. cliniques*, 1852, t. I, p. 234. »
5. — Chaslin : *La Confusion mentale primitive*, 1895, p. 45.

II. **Période Allemande** *(1860-1900)*. — Parmi les travaux très nombreux et presque tous d'origine allemande qui appartiennent à cette période, il faut placer en première ligne ceux de Kahlbaum et de Hecker sur l'*hébéphrènie,* de Kahlbaum encore sur la *catatonie* et enfin de Krœpelin sur la *démence précoce et sa variété paranoïde.*

C'est en effet du rapprochement et de la synthèse de ces différentes affections qu'est née la conception actuelle de la démence précoce. A ce titre, ces travaux mériteraient de nous arrêter longuement ; mais, après l'exposé magistral qui en a été fait l'année dernière à Bruxelles par le Dr Claus, exposé qui est encore présent à toutes les mémoires, nous nous bornerons à en rappeler brièvement les traits fondamentaux.

A) — C'est Kahlbaum qui, en 1863, attira le premier l'attention sur l'existence d'une nouvelle maladie mentale aboutissant rapidement à la démence, maladie à laquelle il donna le nom d'*hébéphrènie,* parce qu'il la considérait comme étroitement liée au développement de la puberté.

Kahlbaum, il est vrai, se borna à esquisser sommairement les caractères de cette affection, et c'est Hecker qui, quelques années plus tard (1871), en traça le tableau clinique complet. Les caractères invoqués par cet auteur pour soutenir que l'hébéphrènie se distinguait très nettement des autres psychoses de l'adolescence sont tirés de sa symptomatologie et de son évolution.

Les symptômes qui, d'après Hecker, appartiennent en propre à l'hébéphrènie consistent surtout en troubles du langage et de l'écriture. Dans leurs discours comme dans leurs écrits, les malades ont une tendance soit à répéter à satiété les mêmes mots ou les mêmes membres de phrases, soit à les intercaler à tout propos au milieu de leurs bavardages. Ils montrent en outre une prédilection marquée pour les expressions insolites ou baroques. Tantôt leur débit est saccadé et précipité, tantôt il est lent, monotone, et affecte le caractère d'une mélopée. Volontiers ils imitent le zézayement des petits enfants ou contrefont des accents étrangers.

Quant au contenu des discours des hébéphrèniques, il représente beaucoup plus une succession de phrases incohérentes, dépourvues de toute signification, que de véritables conceptions

délirantes. Signalons toutefois quelques idées de persécution ou d'hypochondrie, restes de la mélancolie qui marque le premier stade de l'affection.

On peut en effet, d'après Hecker, distinguer trois phases dans l'évolution de la maladie : qui débute « par un stade de mélancolie, auquel succède une période d'excitation maniaque plus ou moins intense, après laquelle se développe un état spécial de faiblesse psychique ou d'imbécillité dont les *signes sont déjà manifestes au début de l'affection*. Les malades, à cette dernière période, peuvent paraître normaux pour les personnes non initiées à la médecine mentale, puisque la faiblesse d'esprit n'atteint pas *toujours* un degré très élevé[1] ».

Si brève que soit cette esquisse clinique de l'hébéphrènie de Hecker, on ne peut manquer d'être frappé de sa ressemblance avec le tableau clinique de la démence précoce, telle qu'on la décrit actuellement. La même remarque s'applique, comme on va le voir, à la catatonie.

B) — La conception de la *catatonie* appartient tout entière à Kahlbaum dont elle constitue l'œuvre maîtresse.

C'est en 1868, au Congrès de Insbruck, que cet auteur signala pour la première fois cette nouvelle entité, mais ce n'est que quelques années plus tard, à la suite de la monographie qu'il lui consacra en 1874, que la catatonie attira véritablement l'attention des aliénistes.

Voici comment, d'après Séglas, peut être résumée la conception de Kahlbaum : la catatonie se manifeste d'abord « par un stade de dépression mélancolique à marche lente, de symptomatologie assez commune. Au début il y a souvent des mouvements spasmodiques convulsifs, arrivant par attaques. Puis vient un stade d'excitation maniaque qui peut cependant manquer ; en général il est assez court. Comme ensemble, c'est ou bien de la mélancolie agitée anxieuse, ou bien de l'agitation maniaque, ou bien un délire plus fixe. On rencontre alors quelques symptômes particuliers : caractère pathétique des paroles et des actes, exaltation théâtrale, extase tragico-religieuse, verbigération ou répétition de paroles ou de phrases insignifiantes ou incohéren-

1. — Claus : *Catatonie et stupeur.* (Congrès de Bruxelles, 1903, p. 18.)

tes, prononcées sur un ton emphatique et déclamatoire, gestes stéréotypés, attitudes bizarres et sans but, grimaces spéciales.

» Dans le stade suivant, stade catatonique proprement dit, la maladie revêt toutes les apparences de la stupidité. C'est alors que l'on rencontre les phénomènes moteurs caractéristiques sous forme de convulsions toniques ou cloniques, de raideurs musculaires, d'états cataleptoïdes ; puis le mutisme, le refus d'aliments, la résistance systématique (négativisme) ; les stéréotypies, les rires explosifs, etc.

» Ce stade qui peut durer des semaines et des mois, est suivi d'un autre d'une durée souvent plus longue encore et consistant en des alternatives d'excitation ou de stupidité avec leurs symptômes décrits ci-dessus.

» La maladie peut guérir, ce qui est le cas le plus fréquent, sinon elle passe au stade terminal de démence[1] ».

En résumé, la catatonie, d'après Kahlbaum, est une affection cérébrale à marche cyclique, qui revêt successivement l'aspect de la mélancolie, de la manie, de la stupeur, de la confusion mentale et finalement de la démence.

Une ou plusieurs de ces phases peuvent manquer, mais ce qui dans tous les cas permet de les rattacher les unes aux autres et de leur attribuer une origine commune, c'est leur coexistence constante avec une série de troubles moteurs offrant le caractère de la crampe ou de la spasticité et ayant, au point de vue du diagnostic et du pronostic, la même importance que les signes physiques dans la paralysie générale. Aussi, dans la pensée de Kahlbaum, la catatonie était-elle appelée à constituer une sorte de pendant à cette affection.

La catatonie peut se rencontrer à tous les âges, mais c'est dans l'adolescence qu'elle est la plus fréquente ; elle se rapproche donc à ce point de vue de l'hébéphrénie et présente encore quelques autres points communs avec cette affection, tels que la verbigération, le mutisme, les stéréotypies, etc. ; elle en diffère par son issue habituellement favorable.

Notons, en outre, que la démence, quand elle a lieu, ne se montrerait qu'à la période terminale, tandis que dans l'hébé-

1. — Séglas : *Démence précoce et Catatonie, Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière,* 1902, n° 4.

phrénie elle peut être mise en évidence dès les premières phases de la maladie.

La conception de Kahlbaum souleva en Allemagne des discussions passionnées qui durent encore ; nous ne les reproduirons pas malgré leur intérêt, car, outre que Claus nous en a tracé l'année dernière un tableau saisissant, elles ne se rapportent que très indirectement à la question spéciale qui nous occupe aujourd'hui, puisqu'il s'écoula presque vingt années avant que fussent précisées les relations qui unissent l'hébéphrénie et la catatonie à la démence précoce.

C) — Cette synthèse fut l'œuvre de Krœpelin. C'est dans la 4me édition de son *Traité de psychiâtrie,* parue en 1893, que le professeur d'Heidelberg[1], guidé par l'idée de son maître Van Gudden, idée défendue aussi par Falret, Guislain, Magnan, etc., que seule l'étude de l'évolution et de la marche des maladies pouvait, en médecine mentale, conduire actuellement à une classification rationnelle, rapprocha l'une de l'autre sous la rubrique de Dégénérescences physiques : la *démence précoce,* la *catatonie* et la *démence paranoïde.*

L'apparition singulièrement rapide d'un état persistant de faiblesse intellectuelle justifiait le rapprochement de ces trois formes morbides :

La *démence précoce* était caractérisée par le développement subaigu d'un affaiblissement des facultés tantôt simple, tantôt accompagné d'états d'agitation et de dépression avec troubles sensoriels et idées délirantes.

La *catatonie* débutait par un état de dépression avec idées délirantes vagues, puis survenait un état de stupeur caractérisé par du négativisme, des stéréotypies, de la suggestibilité et des impulsions.

Ce stade de stupeur pouvait être interrompu par des accès d'excitation maniaque.

La catatonie de Krœpelin diffère de celle de Kahlbaum par son *évolution* qui est moins cyclique, un ou plusieurs stades

1. — Bien que Krœpelin soit actuellement professeur à la *Clinique psychiâtrique de Munich* nous continuerons, au cours de ce rapport, à le désigner sous le nom de « professeur d'Heidelberg » parce que c'est pendant son séjour à l'Université de cette ville qu'a été édifiée la conception actuelle de la démence précoce.

pouvant manquer, par l'*origine psychique* assignée aux troubles moteurs avec phénomènes de négativisme, que Kahlbaum considère comme dus à de simples *contractions musculaires antagonistes* et aussi par la *terminaison* habituellement défavorable de la maladie.

La *démence paranoïde,* enfin, était constituée par l'apparition brusque, soudaine, d'idées de persécution et de grandeur extravagantes, sans lien logique entre elles, et faisant très rapidement place à la démence.

A cette description il est facile de reconnaître que la démence paranoïde englobait les formes connues en France sous le nom de *délire d'emblée,* de *délire polymorphe,* de *bouffées délirantes des dégénérés,* etc., et en Allemagne sous celui de *paranoïa aiguë*. Quant à la démence précoce proprement dite et à la catatonie, elles étaient constituées, à peu de choses près, par les mêmes éléments que l'hébéphrénie de Hecker et la catatonie de Kahlbaum.

Telle est la première étape d'où Krœpelin est parti pour aboutir à la conception actuelle de la démence précoce ; à partir de ce moment, chacune des éditions de son livre va lui apporter une contribution importante.

Dans la 5me, parue en 1896, cet auteur distingue d'abord deux grandes classes de maladies mentales : celles qui sont *acquises* et celles qui résultent d'une *prédisposition morbide,* et c'est dans le 3me groupe de la 1re classe, sous le vocable : MALADIES PAR TROUBLES DE LA NUTRITION, que viennent prendre place, à côté de la *folie myxœdémateuse,* les PROCESSUS DÉMENTIELS parmi lesquels figurent : *A)* la *démence précoce* à laquelle se rattache l'hébéphrénie ; *B)* la *catatonie ; C)* la *démence paranoïde,* affection dans laquelle, après le développement rapide d'idées de persécution et de grandeurs absurdes et incohérentes avec une légère agitation, s'établit de très bonne heure un état permanent de confusion mentale ; *D)* la *démence paralytique.*

Ajoutons que le groupe des DÉGÉNÉRESCENCES PSYCHIQUES est supprimé de cette classification ; que la *manie* et les différentes formes de *Wahnsinn* cessent d'y figurer et que la *mélancolie* y devient une psychose de la période d'involution.

Cette synthèse est complétée dans la 6me édition du traité de Krœpelin (1899).

L'hébéphrènie, la catatonie et la démence paranoïde perdent leur caractère d'*affections distinctes* et deviennent les *trois grandes formes* d'une maladie générique, autonome, la *démence précoce,* laquelle constitue, avec les *psychoses thyréogènes* (myxœdème et crétinisme) et la *paralysie générale progressive,* le groupe des maladies mentales qui reconnaissent pour cause une AUTO-INTOXICATION.

La classification de 1899 contient une autre modification importante à la conception de la démence précoce ; ce ne sont plus seulement en effet les *formes confuses et incurables de la paranoïa aiguë* qui sont absorbées par la démence paranoïde, mais encore *toutes les variétés hallucinatoires de la paranoïa chronique,* y compris le *délire chronique à évolution systématique* de Magnan.

La *démence paranoïde* comprend donc : 1° une *forme simple* caractérisée par des idées de persécution ou de grandeur absurdes, mobiles et contradictoires comme celles des paralytiques généraux, et 2° une forme qu'on pourrait appeler *hallucinatoire,* dans laquelle les conceptions délirantes, accompagnées de troubles sensoriels, présentent un degré plus ou moins marqué de systématisation, se prolongent durant des années et se terminent par la démence. Le cadre de la paranoïa chronique se trouve, de ce fait, considérablement rétréci, Krœpelin n'y faisant plus figurer que les délires à base d'interprétations fausses et à systématisation parfaite, qui persistent pendant toute la vie, avec conservation des facultés syllogistiques, sans tendance à la démence.

Si adversaire que l'on soit du nouveau classement des maladies mentales du professeur d'Heidelberg, il faut reconnaître qu'il a au moins le mérite de faire disparaître de la nomenclature les innombrables variétés de Wahnsinn et de Blödsinn, de Verrücktheit et de Verwirtheit, etc., avec leurs acceptions variées, qui encombrent la littérature allemande et qui ont fait dire un jour à Pelmann que les aliénistes finiraient par ne plus se comprendre entre eux.

La synthèse de la démence précoce dont nous venons d'esquisser les principales étapes est-elle définitive, la 7me édition parue cette année du traité de Krœpelin nous l'apprendra un

peu plus loin, mais auparavant il nous faut revenir en arrière et examiner rapidement ce qui s'est passé en France pendant la seconde moitié du siècle dernier.

Les travaux de Kahlbaum et de Hecker, qui soulevèrent en Allemagne de si retentissantes discussions, n'attirèrent pas beaucoup l'attention des aliénistes français.

Une leçon clinique, publiée par B. Ball en 1884 sur la folie de la puberté ou hébéphrénie, ne trouva pour ainsi dire pas d'écho, bien qu'elle reproduisit très fidèlement les idées de Kahlbaum-Hecker. Il en fut à peu près de même de celles de Mairet, parues en 1888-1889 dans les *Annales médico-psychologiques*. Du reste en distinguant deux groupes de folies pubérales, en rangeant dans le premier les simples arrêts de développement et dans l'autre des psychoses très différentes, dues à une perversion des facultés, cet auteur commença à déplacer la question de son véritable terrain. L'année suivante, au Congrès de Rouen, mon ami Charpentier la fit dévier complètement en créant onze groupes distincts de démences précoces, dans lesquels sont rangés les affections les plus disparates (démences épileptique, syphilitique, traumatique, alcoolique, etc.).

Or, comme l'a déjà fait remarquer Christian, « ce sont là des démences *symptomatiques* n'ayant d'autre analogie avec la véritable démence précoce, celle de l'hébéphrénie, qui, elle, est *idiopathique,* que d'apparaître à la même période de la vie [1] ».

A la vérité, sous le nom de *démence précoce simple des enfants normaux,* Charpentier semble bien avoir entrevu l'hébéphrénie de Hecker ; malheureusement il s'est borné à en signaler l'existence sans la décrire.

Cette affection ne reçut pas meilleur accueil de Régis, qui déclare dans son Manuel de médecine mentale (1892), que les désordres psychiques liés à la puberté sont des plus variables et qu'il est impossible de les englober dans une formule unique, comme les allemands ont tenté de le faire sous le nom d'hébéphrénie, et Régis ajoute, « quoiqu'en pensent certains auteurs allemands, la folie de la puberté est en général *peu grave* et elle

1. — Christian : *De la démence précoce chez les jeunes gens. (Ann. méd. Psychologiques),* 1899, t. I, p. 51.

disparaît avec la cessation de la période critique qui lui a donné naissance, à moins d'avoir sa source dans une hérédité très marquée, auquel cas elle n'est que la première étape d'une dégénérescence intellectuelle ou d'une démence incurable[1]. »

Notre collègue Cullerre se rapprochait davantage de la vérité en disant dans son *Traité pratique des maladies mentales* que « chez certains *héréditaires dégénérés* la manie se termine brusquement et sans transition par une démence profonde avec gatisme, *sans passer par la phase chronique.* C'est ce qu'on appelle la *démence précoce* qui, chez les jeunes sujets, pourrait être prise pour une forme de l'idiotie dont elle a les principaux caractères ».

Si brève qu'elle soit, cette allusion à la démence précoce mérite d'être retenue parce qu'elle reflète l'état d'esprit des aliénistes français qui, à cette époque, sous l'influence des doctrines alors en pleine vogue de Morel, accordaient un rôle presque exclusif à l'*hérédité* ou à la *dégénérescence* dans le développement des psychoses.

C'est à cet état d'esprit qu'il faut sans doute attribuer le silence presque complet de Magnan et de ses élèves sur les travaux allemands.

Une seule fois dans leur monographie des dégénérés, Magnan et Legrain prononcent le mot d'hébéphrènie et se bornent à dire qu' « à la puberté appartiennent encore ces bizarreries mentales qu'on a qualifiées du nom d'hébéphrènie ».

Un jugement presque aussi sommaire tranche la question de la démence précoce.

« Notons encore, disent ces auteurs, (que nous regrettons de critiquer), l'anéantissement précoce et définitif de l'intelligence chez un certain nombre de jeunes dégénérés très lourdement tarés, dont la résistance cérébrale ne peut soutenir les efforts constants et de jour en jour plus nombreux de l'accommodation. Ils tombent dans la *démence* après une lutte plus ou moins longue où l'on voit *leurs facultés jusque-là bien développées,* sombrer peu à peu dans le plus complet *deliquium*[2] ».

La même doctrine avait déjà été soutenue par Legrain dans

1. — Régis : *Man. prat. de Méd. ment.,* 1892, p. 343.

2. — Magnan et Legrain : *Les Dégénérés,* 1895, p. 125

sa thèse inaugurale et ensuite par Vigouroux. Voici comment s'exprime Legrain : « On voit quelquefois la démence survenir chez des sujets très jeunes, d'une manière précoce. Cette démence, que l'on peut appeler primitive, a une physionomie toute spéciale. Les malades ont présenté pendant leur enfance ou pendant leur adolescence un état mental satisfaisant ; ils ont pu parfois être des sujets intelligents, distingués même, lorsque tout à coup on voit leur intelligence décliner ; ils cessent de faire des progrès ; même ils rétrocèdent et perdent peu à peu tout ce qu'ils ont appris ; ils commettent une série d'enfantillages ou des actes compromettants dont ils n'ont plus la moindre conscience, et en quelques mois la démence s'établit d'une façon irrémédiable.

» D'autres fois, le début de la maladie a été marqué par quelques idées délirantes très fugaces et la démence leur est consécutive.

» Il est inutile d'insister sur ces faits cliniques bien connus ; une lourde prédisposition héréditaire nous paraît être la raison indubitable *d'une démence aussi précoce,* survenant sans qu'aucun trouble délirant soit venu au préalable affaiblir l'état mental qui, jusque-là, n'avait rien présenté d'anormal, sans qu'une maladie grave, intercurrente, ait pu produire des lésions énormes, irréparables. Les jeunes déments sont au premier chef des dégénérés [1]. »

On remarquera que ces jeunes déments qui sont *au premier chef des dégénérés* « ont présenté pendant leur enfance ou pendant leur adolescence un état mental satisfaisant ; ils ont pu parfois être des sujets intelligents, distingués même » comme l'avaient déjà signalé Esquirol et Morel, et cependant « ils tombent dans la démence après une lutte plus ou moins longue où l'on voit *leurs facultés, jusque-là bien développées,* sombrer... »

Plus n'est donc besoin pour entrer dans la grande famille des dégénérés de stigmates physiques ou psychiques, ni de cet état mental de déséquilibration qui constitue pour l'École de l'admission de S[t]-Anne le criterium par excellence de la dégénérescence, il suffit qu'on se soit permis de devenir dément avant l'âge.

Ce sont ces exagérations doctrinales, reproduites quelques

1. — Legrain : *Du Délire chez les dégénérés,* 1886, p. 234.

années plus tard par un élève de Magnan, Roubinovitch, dans son livre sur *La folie en France et en Allemagne,* qui ont fait dire à un illustre aliéniste étranger que la conception de la dégénérescence, avec l'extension que lui donnait l'École psychiâtrique française, dépassait les limites d'une doctrine scientifique. « On en est arrivé aujourd'hui, dit le Dr Lentz, à ne plus diagnostiquer la dégénérescence : on la présuppose, on l'impose ; ce n'est pas par la présence de tel ou tel symptôme ou syndrome qui la caractérise, qu'on en démontre l'existence ; il suffit que de près ou de loin le soi-disant dégénéré manifeste dans ses troubles morbides quelque anomalie ou quelque irrégularité, pour qu'aussitôt on proclame la dégénérescence évidente, sans s'inquiéter s'il existe au moins quelques signes qui puissent en démontrer l'existence ; et, quand les ayant recherchés on ne parvient pas à les découvrir, on se borne à déclarer qu'ils doivent exister : c'est là, permettez-moi de le dire, du véritable césarisme scientifique[1]. »

C'est Christian qui, en 1899, tira définitivement l'hébéphrènie de l'oubli où l'avait plongée la théorie de la dégénérescence. Dans un important mémoire qui marque une date dans l'histoire de la démence précoce en France, notre collègue démontra que l'hérédité et la dégénérescence étaient complètement étrangères au développement de cette affection. Reprenant la tradition d'Esquirol, il soutint, avec de nombreuses observations à l'appui, que toutes les causes débilitantes groupées sous le terme générique de *surmenage* étaient capables de lui donner naissance et qu'elle devait être rangée au nombre des *psychoses par épuisement.*

Entre temps la catatonie n'était pas beaucoup mieux partagée que l'hébéphrènie. A la vérité, Séglas et Chaslin lui consacrèrent une très importante et très remarquable revue critique, mais pour la condamner en tant qu'entité morbide et lui accorder seulement le rôle d'une simple manifestation de la stupeur, simple ou symptomatique, dont elle ne serait qu'une variété, en rapport plus étroit avec un terrain dégénératif et plus particulièrement hystérique[2].

1. — Lentz : *Formes morbides et classifications en médecine mentale,* in Bull. de la Soc. de Méd. ment. de Belgique, 1897, p. 28.

2. — Séglas et Chaslin : *De la Catatonie* (Arch. de Neur., 1888, n° 46. p. 65).

Cette conclusion que Séglas a aujourd'hui presque complètement abandonnée, comme on le verra plus loin, fut adoptée par la grande majorité des aliénistes français et contribua à détourner leur attention du syndrome catatonique.

Il ne faut donc pas s'étonner qu'elle ait été reproduite huit ans plus tard, presque dans les mêmes termes, par Roubinovitch qui déclare formellement, que les symptômes indiqués par Kalhbaum comme pathognomoniques de la catatonie, s'observent dans un grand nombre d'affections mentales et que les *observations publiées sous ce nom correspondent aux formes morbides les plus disparates* [1].

Ce qui a encore desservi la cause de la catatonie en France c'est la confusion qui s'est établie entre les mots de catatonie et de catalepsie. Beaucoup d'auteurs considèrent ces deux affections comme synonymes alors qu'en réalité il existe entre elles une différence importante : la catalepsie, qui n'est que la conservation des attitudes imprimées aux membres (Brissaud) est en effet un des éléments du syndrome catatonique, — élément qui fait du reste souvent défaut, — alors que le syndrome catatonique est constitué par un ensemble de troubles psycho-moteurs ou neuro-musculaires, dont les plus saillants sont pour ainsi dire la contre-partie de la catalepsie.

Quant à la *démence paranoïde* on conçoit, étant donnée la date relativement récente de son apparition, qu'elle n'ait attiré l'attention des aliénistes français que dans ces dernières années, à la suite des travaux de Séglas et de Sérieux, travaux sur lesquels nous reviendrons plus loin.

On voit donc qu'au triple point de vue de l'hébéphrénie, de la catatonie et de la démence paranoïde, la deuxième phase de l'histoire de la démence précoce ne pouvait guère recevoir un autre nom que celui que nous lui avons donné.

A la vérité, pour le justifier complètement, nous devrions passer maintenant en revue les travaux que les doctrines allemandes ont suscitées en dehors de notre pays pendant cette période, mais ces travaux ont été si fidèlement analysés l'année dernière dans le rapport de Claus, que nous croyons inutile d'y revenir.

Du reste, au point de vue de l'étiologie de la démence précoce,

1. — Roubinovitch : *De la folie en France et en Allemagne*, 1896, p. 183.

le seul qui soit actuellement en discussion, ces travaux ne sont guère, sauf quelques divergences de détails, que le reflet de ceux parus en France et en Allemagne. Les auteurs russes, italiens, anglais, américains, belges, etc., qui se sont occupés spécialement de cette question, peuvent en effet être tous considérés, les uns comme les continuateurs de Morel, les autres comme ralliés aux idées du professeur d'Heidelberg, suivant qu'ils font rentrer la démence précoce dans la classe des folies héréditaires ou dégénératives, ou bien dans celle des folies acquises dues à des facteurs étiologiques puissants.

III. **Période contemporaine** *(1900-1904).* — On pouvait espérer que le Congrès de Médecine de 1900, avec lequel commence ce que nous appelons arbitrairement la période contemporaine de la démence précoce, apporterait à la question quelques éclaircissements. Il n'en a rien été. Bien que les *psychoses de la puberté* fussent à l'ordre du jour des travaux de la section de psychiâtrie, la nosographie de la démence précoce y a été à peine effleurée. « On s'y est borné, dit Serbsky, à confirmer un fait connu depuis longtemps et universellement accepté, à savoir qu'à l'époque de la puberté, ce sont les formes les plus variées des troubles psychiques qui peuvent se produire. Tout au plus si cette discussion a démontré combien les rapporteurs, ainsi que les membres du Congrès, étaient peu disposés à changer leur manière de voir ; de sorte qu'ils ont mis complètement de côté les conceptions originales du professeur d'Heidelberg[1]. »

Ce jugement paraîtra peut-être un peu sévère, et cependant, la seule conclusion un peu précise à laquelle ait abouti la discussion, a été qu'il n'y avait pas à proprement parler de psychoses de la puberté.

Si la puberté reste étrangère au développement des troubles mentaux des adolescents, quelle en est donc la cause ? A cet égard, les opinions les plus contradictoires se sont fait jour.

Benedikt (de Vienne), considère tous les cas d'aliénation survenant à l'époque de la puberté comme appartenant à l'hystérie. Parmi les causes de ces aliénations, il invoque l'hyperesthésie

1. — W. Serbsky : *Contrib. à l'étude de la démence précoce,* in-Ann. méd. Psychol., 1903, p. 380.

de la vulve, le prurit et le manque de goût sexuel. Pons (de Bordeaux), se rallia à cette manière de voir.

Seul, Régis émit l'hypothèse déjà précédemment soutenue par lui de l'origine auto-toxique d'un certain nombre de psychoses de la puberté, notamment celles désignées sous le nom d'*hébéphrènie* qui s'accompagnent de *symptômes catatoniques.*

Finalement, Gilbert Ballet eut le dernier mot en disant que « les *causes occasionnelles* sont *inconstantes* et *insuffisantes* à nous expliquer ces psychoses de la jeunesse dont l'*affaiblissement intellectuel constitue la terminaison habituelle et rapide.*

» Dans la majorité des cas, ajoute cet auteur, on peut s'assurer que le sujet portait en lui une *prédisposition dès longtemps acquise ;* dans quelques-uns où cette prédisposition semble faire défaut, on est en droit de l'admettre, car ces cas constituent une exception et une exception que rien n'explique. Inexpliquée, l'exception doit en bonne logique être rattachée à la règle [1] ».

Cette déclaration si formelle n'était en somme que la réédition de la doctrine de Morel et de Magnan à laquelle Gilbert Ballet a encore donné l'appui de son autorité l'année dernière à Bruxelles : la seule atténuation qu'il lui ait apportée est que le groupe des démences précoces est peut-être dissociable, quelques-unes d'entre elles pouvant reconnaître une autre cause que l'hérédité.

En regard de cette *théorie française* ou de l'*origine constitutionnelle* de la démence précoce, il convient maintenant de placer la *théorie allemande* ou de son *origine accidentelle* personnifiée par Krœpelin, telle que vient de la formuler cet auteur dans la 7e et dernière édition, parue cette année même, de son *Traité de psychiâtrie.* La voici aussi fidèlement reproduite que possible :

« L'essence de la démence précoce, dit le professeur d'Heidel- » berg, est tout à fait obscure. L'opinion la plus répandue est » qu'il s'agit d'une régression progressive d'un cerveau insuffi- » sant ; mais contre cette conception se montrent des objections » importantes. Il est difficile de comprendre pourquoi un orga- » nisme qui jusque-là s'était développé d'une manière normale, » parfois même puissante, sans cause particulière, tout d'un » coup, s'arrête dans son développement et se met à *dégénérer.*

1. — *Comptes-rendus de la Sect. de Psychiâtrie du Congrès de 1900,* p. 121.

» Même les prédispositions morbides les plus chargées, comme » cela se montre dans 18 ou 19 °/₀ des cas de démence précoce, » ne peuvent éclairer un semblable processus. Au contraire, nous » voyons dans les troubles psychiques qui se montrent sur un » terrain fortement préparé par l'hérédité non une rapide désa- » grégation mentale, mais plutôt des *états morbides de long* » *développement ou des psychoses périodiques.*

» Nous arrivons ainsi à penser qu'il doit s'agir de lésions sai- » sissables de l'écorce. Dans la démence précoce il y a donc » une destruction ou bien un endommagement véritable de » l'écorce, mais nous ne savons pas encore par quel processus » morbide ces lésions sont produites : on peut penser vraisem- » blablement à une auto-intoxication[1] ».

Il reste donc acquis que la démence précoce fait partie du groupe des maladies qui relèvent de processus auto-toxiques.

La dernière classification de Krœpelin est du reste calquée sur celle de 1899 : la *démence précoce,* maladie générale, y figure toujours entre les *psychoses thyréogènes* et la *paralysie générale,* et comprend les trois grandes formes signalées plus haut : la forme *hébéphrènique* (ancienne *dementia prœcox* de l'auteur) ; la forme *catatonique* (ancienne catatonie de Kahlbaum) et la forme *paranoïde* à laquelle il convient de rattacher, à titre sinon définitif du moins provisoire, toutes les variétés hallucinatoires des délires systématisés chroniques qui, plus ou moins rapidement, se terminent par un degré marqué d'affaiblissement intellectuel.

Nous pouvons maintenant résumer en quelques lignes l'histoire de la démence précoce dont nous venons de tracer brièvement les principales phases.

La notion de la démence précoce est d'origine française et appartient sans conteste à Esquirol.

En la dépouillant de tous les attributs d'une espèce nosologique, en l'assimilant à un simple stigmate de dégénérescence, Morel lui porta un coup funeste.

Après Morel, la théorie de la dégénérescence élargie, amplifiée, et magnifiée par l'École de l'admission de Ste-Anne, finit par

1. — Krœpelin : *Tr. de Psychiâtrie,* 7e édition, 1904, t. II, p. 129.

englober toute la pathologie mentale, au point que J. Falret a pu dire, sans être taxé d'exagération, que la *folie des dégénérés* de Magnan était comme un immense océan, sans limites et sans fond, dans lequel viendraient s'engloutir et disparaître toutes les variétés les mieux établies et les plus naturelles des maladies mentales. Ce fut le sort de la démence précoce.

Tandis qu'en Allemagne s'édifiait lentement une vaste synthèse nosologique comprenant à la fois l'idiotie accidentelle d'Esquirol, l'hébéphrènie et la catatonie de Kahlbaum-Hecker, la *dementia præcox* et la démence paranoïde de Krœpelin, en France l'oubli et le silence se faisaient peu à peu sur ces formes morbides et pendant plus de vingt ans l'enseignement départi aux jeunes générations médicales fut tout entier contenu dans cet aphorisme désespérant de Magnan et Legrain : « *Les plus tarés des dégénérés sont candidats à une démence précoce soit primitive, soit post délirante.* »

Ce n'est que dans ces dernières années, à la suite des travaux de Christian, de Séglas et de ses élèves, de Sérieux, de Masselon, de Dide et Chenais, de Klippel et Lhermitte, de Régis, voire même de notre ami Arnaud ; grâce aussi en grande partie à l'enseignement du professeur Joffroy, de son élève Rogues de Fursac, etc., que l'idiotie accidentelle d'Esquirol, reconstituée sur de nouvelles bases, a repris sa place dans les traités français de pathologie mentale.

Que cette reconstitution ne soit pas à l'abri des critiques, que plusieurs parties du nouvel édifice soient encore mal assujetties, personne n'y contredit et Krœpelin a été le premier à signaler les points faibles de sa doctrine ; il n'en reste pas moins que l'École, dont il est le représentant le plus autorisé, a fait justice des exagérations de la théorie de Morel et de Magnan et qu'elle a orienté la psychiâtrie dans une voie nouvelle, dont la fécondité est attestée par les innombrables travaux qu'a fait surgir dans tous les pays la séduisante conception du professeur d'Heidelberg. La simple énumération de ces travaux tiendrait ici une trop grande place pour pouvoir être reproduite ; nous nous bornerons donc à citer parmi les auteurs qui ont le plus contribué à répandre et à développer les idées nouvelles, les noms de Meeus, Sano, Cuylitz, de Bück, Crocq, P. Masoin, en Belgique ; en Italie, de

Marro, Finzi et Vedrani, Mucha, Lugaro, Levi-Bianchini, etc ; en Russie, de Daraskievictz, Tchisch, Tigges, Tokarsky, Stransky ; en Allemagne, de Scholz, Aschaffenburg, Elmiger, Schroder, Gross, Furhmann, etc., etc.

En terminant, nous tenons à signaler particulièrement une récente monographie sur la démence précoce, du Dr Evensen, médecin de l'asile de Trondhjem et enfin à rappeler encore une fois quelle source de précieux renseignements a été pour nous le rapport de notre savant collègue Claus.

CHAPITRE III

La démence précoce d'après les conceptions actuelles ; étude clinique.

Les considérations historiques qui précèdent, à la vérité très incomplètes, ne permettent guère d'envisager la démence précoce autrement que comme une *entité clinique* à laquelle fait encore défaut une *base anatomique* indiscutable.

La sémiologie clinique de cette affection constitue donc actuellement le chapitre le plus important de son histoire, mais cette sémiologie, telle qu'elle ressort des travaux de l'École d'Heidelberg, est beaucoup trop complexe et trop touffue, pour pouvoir être exposée ici dans tous ses détails ; aussi bien, pour le but que nous poursuivons, n'est-il pas nécessaire d'en tracer le tableau complet ; il nous suffira de montrer que malgré leur grande variabilité, les symptômes de la démence précoce peuvent, en réalité, se grouper de façon à former un véritable *tout nosographique*.

C'est donc à une sorte de vue d'ensemble de la démence précoce à sa période d'état, beaucoup plus qu'à la description didactique de ses diverses modalités, — aujourd'hui du reste bien connues de la plupart des aliénistes, — que sera consacré ce chapitre.

. La démence précoce, nous le savons déjà, est une psychose essentiellement caractérisée par un *affaiblissement spécial et progressif des facultés intellectuelles* qui survient le plus souvent chez des *sujets jeunes, jusqu'alors normaux*, s'accompagne fréquemment de *troubles psychiques variés* (excitation, dépression, confusion, conceptions délirantes, hallucinations, etc.) et qui se termine, dans la grande majorité des cas, par l'*abolition de toute espèce d'activité psychique et physique*.

Le début de l'affection, — que nous n'étudierons pas ici, — est habituellement signalé par des *troubles névropathiques protéiformes*, suivis *d'accès délirants polymorphes*, mais ayant

néanmoins certains caractères très particuliers et accompagnés de *symptômes physiques.* (Sérieux.)

Comme la paralysie générale, avec laquelle elle offre tant d'analogies, la démence précoce comporte donc des *signes psychiques* et des *signes physiques ;* les premiers peuvent eux-mêmes être divisés en signes *constants, invariables* ou *fondamentaux* et en signes *épisodiques, variables* ou *accessoires.*

Les troubles psychiques fondamentaux sont l'*affaiblissement des facultés intellectuelles* et les symptômes qui en dérivent ; parmi les troubles psychiques accessoires, nous insisterons seulement sur les *manifestations délirantes,* les *troubles sensoriels* et les *états d'excitation, de dépression et de stupeur.*

Signes psychiques fondamentaux. — Démence globale spécifique. — L'*affaiblissement des facultés,* symptôme capital de la démence précoce, présente des caractères spéciaux qui le différencient nettement des autres états démentiels.

Le premier de ces caractères est d'être *primaire,* (ce qui justifie une fois de plus la dénomination de *précoce* donnée à cette variété de démence), c'est-à-dire qu'il entre le premier en scène et précède pour un observateur attentif toutes les autres manifestations de la maladie. En second lieu cet affaiblissement est *global,* car il se montre d'emblée diffus et généralisé aux trois grandes facultés psychiques (sensibilité, intelligence et volonté[1]) ; mais — et c'est là ce qui lui confère une véritable *spécificité* — il est *électif* parce que tout en intéressant l'ensemble des processus psychiques, il ne les atteint ni de la même manière, ni au même degré.

Le déficit intellectuel des déments précoces en effet, *incomplet* quoique *global* au début de l'affection, se manifeste d'abord dans la sphère des sentiments affectifs et moraux et ne s'étend que plus tardivement à celle de l'activité volontaire et à celle des facultés intellectuelles proprement dites, pour devenir *total,* lorsque par les progrès de la maladie toutes les facultés sont anéanties.

1. — Il va de soi que c'est uniquement pour les besoins de la description que nous conservons cette ancienne division psychologique des facultés à laquelle ni la physiologie ni la clinique ne sauraient souscrire.

Cette action élective assigne à la démence précoce une place distincte à côté des deux autres grandes démences, la *paralysie générale* et la *démence sénile,* puisque *primaires* et *globales* toutes les trois, elles diffèrent cependant foncièrement en ce que les *facultés affectives* sont lésées d'une façon prépondérante dans la démence précoce, les *facultés intellectuelles* dans la paralysie générale et la *volonté* dans la démence sénile.

S'il fallait opposer systématiquement ces trois types de démences, on pourrait dire que la démence précoce, au début du moins, est surtout *morale,* la démence paralytique *intellectuelle,* et la démence sénile « *volontaire* ».

Sous l'exagération de ce schéma on voudra bien rechercher quelque vérité, avec cette réserve que chacune de ces démences qu'artificiellement nous voulons spécialiser, est en réalité *globale.*

Troubles de la sphère affective et morale. — Après quelques *modifications* d'abord légères, ensuite plus marquées, *du caractère* (variabilité de l'humeur, instabilité, tendance à la rêverie et à l'isolement, irritabilité), les sentiments affectifs et moraux s'émoussent, puis finissent par disparaître complètement.

L'*apathie,* l'*anesthésie morale,* l'*indifférence émotionnelle* signalée par tous les auteurs — indifférence qui s'étend à tout et à tous — qui se traduit par l'absence de joie et de tristesse, de désir et de crainte ; *les alternatives de dépression et d'excitation,* la *négligence de la tenue,* les *habitudes malpropres,* la *disparition des sentiments de famille,* la *perte de la notion des convenances,* l'*incuriosité,* le *manque absolu d'intérêt* des malades qui ne réclament jamais leur sortie, ne formulent jamais aucune plainte, aucune réclamation, etc. (je signale sans décrire), relèvent trop manifestement d'un engourdissement de la sensibilité morale, lié lui-même à un affaiblissement, quelquefois encore peu marqué de l'intelligence, pour que j'y insiste.

Ainsi que le fait remarquer Masselon, « cet état contraste violemment avec celui des déments paralytiques qui, quoiqu'ayant des troubles plus profonds de la mémoire et de l'intelligence, manifestent de profondes réactions émotives, se montrent tantôt déprimés, voire même anxieux, tantôt se livrent à une joie exubérante ; il contraste également avec la sensiblerie des

déments séniles, émus par le moindre souvenir qui évoque en eux l'image de leurs enfants ou de leurs jeunes années, versant des larmes avec une facilité extrême. La disparition des sentiments affectifs est donc un signe presque pathognomonique de la démence précoce, surtout lorsque ce signe est observé au milieu de nombreux symptômes d'indifférence émotionnelle chez des sujets ne présentant encore que des troubles peu étendus de la mémoire[1] ».

Tandis que le paralytique général au début, conserve souvent, sans du reste s'en affecter, une certaine conscience de sa déchéance (Dupré), le dément précoce ne se rend aucun compte des changements de sa personnalité, ni de l'amoindrissement de son intelligence.

Ajoutons enfin qu'on ne constate pas non plus chez lui rien qui ressemble à l'émotivité morbide des dégénérés. (Sérieux.)

Troubles de l'activité volontaire et automatique. — Si des troubles de la vie affective, nous passons à ceux de l'*activité motrice volontaire* ou *automatique,* le tableau devient encore plus saisissant.

Naturellement, c'est par défaut que l'*activité volontaire* est troublée ; à l'apathie morale correspond l'*aboulie* à tous ses degrés.

Mais la volonté n'est pas seulement lésée comme faculté de se décider à une action ou de mouvoir les membres, elle est encore perdue comme pouvoir d'arrêt des mouvements automatiques qui sont toujours conservés et le plus souvent même exaltés.

C'est à la réunion de ces troubles de l'activité volontaire et automatique qu'on a donné le nom de *syndrome catatonique.*

Les principaux éléments de ce syndrome sont : des phénomènes *d'opposition* plus connus aujourd'hui sous le nom de *négativisme,* des phénomènes de *docilité* auxquels s'applique le terme de *suggestibilité* et enfin des *stéréotypies.*

Je ne dirai que quelques mots de ces trois groupes de phénomènes étudiés l'année dernière par Claus d'une façon très complète.

Le *négativisme* se caractérise à son degré le plus léger par la

1. — Masselon : *Psychologie des déments précoces,* 1902, p. 138.

lenteur et l'*hésitation* des mouvements, par les efforts que nécessite l'accomplissement de tout acte commandé ou spontané. L'appareil volontaire ressemble à un mécanisme rouillé qui ne fonctionne que difficilement (Rogues de Fursac) ; c'est l'état décrit par Finzi et Vedrani sous le nom de *contrainte* ou *d'empêchement psychique, « intoppo psychico »*. A un degré plus accusé, les malades se font remarquer par une inertie et une inaction complètes. Plongés dans la *stupeur*, ils restent immobiles et raidis durant des journées entières et opposent à tous les actes qu'on veut leur faire exécuter une *résistance invincible*, conséquence de leur *activité négative*.

Moins fréquentes, mais aussi de moindre valeur que celles du négativisme, les manifestations de la *suggestibilité* consistent tantôt dans une simple *docilité* ou une sorte d'*activité imitative* des malades qui exécutent tout ce qu'on leur ordonne, copient mutuellement leurs poses et leurs attitudes, continuent automatiquement des gestes commencés *(automatisme rotatoire*, Bernheim, Meige, *activité positive* de Brissaud), etc. ; tantôt dans la conservation des positions qu'on imprime à leurs membres (*attitudes cataleptiformes, activité passive* de Brissaud), la répétition des mots entendus *(écholalie)*, des gestes exécutés devant eux *(échomimie, échopraxie)* etc., etc.

Comme le fait judicieusement remarquer Brissaud pour justifier l'emploi de ces mots un peu contradictoires d'*activité positive*, d'*activité passive* etc., le cataleptique a perdu toute spontanéité, mais il consent encore à exécuter l'action *matérielle* que lui impose *matériellement* une impulsion étrangère. Il *subit* cette impulsion et il s'y *conforme* lorsqu'elle est assez puissante pour qu'il éprouve moins de peine à s'y soumettre qu'à s'y dérober. Aussi la caractéristique de la catalepsie n'est pas l'inactivité : c'est la *passivité* ou mieux encore l'*inertie*, au sens propre de ce terme [1].

L'affinité de ces deux groupes symptomatiques (négativisme et suggestibilité) n'est pas contestable car on les voit souvent alterner ou coexister chez les mêmes malades ; tous deux du reste peuvent être rapportés à un même processus psycho-pathologique fondamental, la perte de *l'activité volontaire, l'aboulie* et la

1. — Brissaud : *La Catalepsie symptomatique*, in-Progrès Médical, 1903, n° 1.

persistance d'une certaine activité automatique, irraisonnée et *inconsciente.*

Cette désagrégation psychique est encore plus accentuée dans les phénomènes de *stéréotypie,* caractérisés par la *répétition* incessante et indéfinie des *mêmes gestes,* des *mêmes mots,* lesquels s'intercalent dans tous les membres de phrases (réaction de persévération), des *mêmes grimaces* (froncement des sourcils, clignement d'yeux, battements des paupières, mouvements de succion, protrusion des lèvres) ; des *mêmes tics,* des *mêmes manies* ou façons singulières de parler, de manger, de s'habiller, de marcher, etc.

A côté des *stéréotypies* et comme autres manifestations de *l'exagération* de *l'automatisme* chez les déments précoces, il nous faut encore signaler leur *besoin continuel de mouvements, de gesticulations désordonnées,* sans but, sans troubles émotionnels adéquats, gesticulations qui se prolongent d'une façon ininterrompue pendant des jours, des semaines et des mois ; leur *impulsivité,* leurs *fugues irrésistibles,* leurs *crises convulsives,* leurs *explosions* de *rires* ou de *pleurs,* etc., etc.

Tous ces troubles moteurs, il est à peine besoin de le dire, sont loin d'être pathognomoniques, ils s'observent dans beaucoup de maladies mentales, mais c'est seulement dans la démence précoce qu'ils atteignent leur plus haut degré de développement et se présentent à l'état de phénomènes élémentaires, automatiques, qui ne s'expliquent qu'à la condition de tenir compte du fond mental dont ils relèvent. (Séglas.)

Comme l'a indiqué P. Masoin, ils se produisent d'une façon explosive, comme des décharges brusques, instantanées, dépourvues de but et de signification et sans relation aucune avec des idées délirantes, des hallucinations ou des troubles émotionnels.

« Cette manière de comprendre la catatonie rend compte des conditions apparemment si diverses de son apparition : elle permet d'expliquer la variabilité si grande de ses manifestations suivant les sujets ; elle rend compte aussi des modifications qui se présentent chez un seul et même malade : automatisme des cellules motrices qui se traduit par des tics d'étendue variable, automatisme des centres moteurs qui produit des actes plus ou moins complexes (impulsions, crises) et dans un ordre opposé

de faits : état cataleptique, négativisme, oppositions diverses[1]. »

Mais de tels phénomènes d'automatisme, ainsi que le fait observer Séglas, ne peuvent être que des corollaires. La condition première qui en constitue le substratum, c'est l'insuffisance permanente ou épisodique, partielle ou généralisée, de cohésion entre les éléments divers qui constituent l'agrégat de la personnalité; c'est, dirons-nous à notre tour avec Meynert, Brissaud, Meige, etc., une *insuffisance corticale* coïncidant avec *une hyperexcitabilité des centres sous-corticaux.*

Troubles de la sphère intellectuelle. — Cette insuffisance corticale trouve sa plus haute expression dans les troubles de la *sphère intellectuelle proprement dite* dont il nous reste à parler et qui se manifestent par des altérations de l'*attention spontanée* et *volontaire,* de la *mémoire,* de la *réflexion,* du *jugement,* de l'*association des idées,* etc., etc.

Les *troubles de l'attention* ont été bien étudiés par Masselon qui les considère comme caractéristiques : les malades sont incapables de s'appliquer à aucun travail, de lire, de fixer leur esprit sur un objet, etc. En ayant recours à la méthode des tests psychologiques et aux opérations de tête de Sommer, Masselon a constaté un *allongement des temps de réaction,* déjà beaucoup plus longs que la normale d'ailleurs, avant toute fatigue — ce qui permet d'affirmer que la mémoire, le jugement, l'association des idées, pour ne parler que des principales facultés intellectuelles, sont troublées en quelque mesure, car elles interviennent également dans ces opérations.

Les *troubles de la mémoire* portent à la fois sur la reproduction des souvenirs anciens et sur la faculté de fixer de nouvelles images. Les *souvenirs anciens,* surtout ceux qui relèvent plus ou moins de l'automatisme, peuvent persister assez longtemps. Joffroy insiste volontiers sur la conservation prolongée de la *mémoire du calcul* chez les déments précoces, ce qui contraste avec la perte élective et prématurée des *souvenirs arithmétiques* chez les déments paralytiques[2].

1. — P. Masoin : *Remarques sur la Catatonie,* in-Journ. de Neurologie, 1902, n° 4.

2. — Cornillot : *De la perte de mémoire du calcul comme signe précoce de l'affaiblissement intellectuel chez les paralytiques généraux.* Th. Paris, 1904.

Il en est de même des *noms propres,* des *faits saillants* de l'histoire, dont le souvenir si rapidement perdu par les déments paralytiques ou séniles, peut être au contraire assez facilement évoqué chez les déments précoces, même à une phase avancée de la maladie. Par contre, les souvenirs plus complexes qui exigent une activité psychique réelle, disparaissent très rapidement.

La faculté de fixer de *nouvelles images* est complètement abolie. On peut s'en assurer facilement en faisant lire aux déments précoces quelques lignes d'un journal ou d'un livre ; presque toujours ils se montrent incapables d'en reproduire autre chose que les derniers mots ou d'en fournir la moindre explication.

Cette impossibilité de fixer de nouvelles images apparaît encore clairement dans leur *verbigération écrite ou parlée,* leur *jargonaphasie,* leurs *néologismes,* etc. La stéréotypie du langage ne reconnait peut-être pas d'autre cause que la fixation automatique de certaines images aux dépens des autres. (Masselon.)

Il existe également chez les déments précoces quelques *troubles de l'orientation.* La plupart de ces malades, les déments paranoïdes exceptés, n'ont pas conscience du milieu dans lequel ils vivent, ils n'ont aucune notion du temps et ne savent ni leur âge, ni le millésime de l'année.

Il nous faut enfin signaler les *modifications de l'association des idées* que révèle d'une façon si saisissante le langage des malades, modifications qui ont fait dire à Meeus que ce qui caractérise spécialement leur cérébration, c'est un trouble dans la vie psychique associative :

« Les concepts existent en tant qu'unités mais ils sont disloqués, isolés l'un de l'autre, ils éclatent comme des pétards à droite et à gauche ; c'est comme un piano mécanique détraqué où les notes s'enchevêtrent dans une cacophonie étrange, non parce que la manivelle est tournée trop vite mais parce que dans ce mécanisme les notes partent au hasard.

» Non seulement l'association régulière et l'unité générale sont brisées, de sorte que le langage devient d'une incohérence déconcertante, mais il y a comme une véritable folie de l'association qui se fait par des voies anormales, si bien que les idées dévient à tout moment et ne se relient que par la

» même assonnance de certains mots, par des rimes, des synonymes, etc., et aussi, phénomène non moins curieux, par opposition, par antithèse, une idée agréable appelant immédiatement une idée triste, etc.[1]. »

Tels sont, brièvement esquissés, les principaux aspects sous lesquels peut se présenter l'affaiblissement des facultés intellectuelles chez les déments précoces.

Cet affaiblissement constitue, ainsi que nous l'avons déjà signalé, le fondement même de la maladie, ce qui veut dire qu'il en est à lui seul la *condition nécessaire* et *suffisante.*

Lorsqu'il existe à l'*état isolé* pendant tout le cours de l'affection, sans véritables conceptions délirantes, sans hallucinations et surtout sans phénomènes marqués d'excitation, on se trouve en présence d'une forme en quelque sorte *atténuée* ou *fruste* de la démence précoce (*forme simple* de Sérieux, *hébéphrènie légère* ou *mitigée* de Christian). Les autres variétés cliniques de l'affection auxquelles il a été fait allusion dans le premier chapitre : la *catatonie,* l'*hébéphrènie,* la *démence paranoïde* résultent, au contraire, de l'*association de cet affaiblissement des facultés avec d'autres troubles psychiques* moins importants, mais que nous ne saurions cependant passer sous silence.

Signes psychiques accessoires. — Ces *troubles psychiques accessoires,* quelquefois transitoires, parfois au contraire assez persistants, sont des *manifestations délirantes variées,* des *hallucinations* et surtout des *états particuliers d'excitation, de dépression* ou *de stupeur* qui, dans certains cas, occupent le premier plan de la scène morbide et impriment à la maladie un cachet tout à fait spécial.

MANIFESTATIONS DÉLIRANTES. — C'est principalement dans l'*hébéphrènie* et dans les *deux variétés de la démence paranoïde* de Krœpelin que s'observent les *manifestations délirantes.* Leurs caractères sont un peu différents dans chacune de ces formes morbides.

Dans l'hébéphrènie et dans la *1re variété de la démence paranoïde (démence paranoïde proprement dite)* qui comprend les

1. — MEEUS : *De la démence précoce,* in-Journ. de Neurologie, 1902, n° 22.

formes décrites en France sous les noms de délire polymorphe, de délire d'emblée, de paranoïa aiguë, les conceptions délirantes ne présentent rien de spécial en ce qui concerne leur contenu : les plus fréquentes sont des *idées de richesses, de grandeur* ou *de persécution* et aussi des *idées hypochondriaques, mystiques, érotiques,* etc. ; elles sont foncièrement *polymorphes* et *asystématiques.* Par leur multiplicité, leur niaiserie, leur extravagance elles égalent, si même elles ne dépassent, celles du paralytique général (Séglas). Elles se montrent surtout aux premières phases de la maladie, ne déterminent pas de réaction émotive adéquate à leur contenu *(ataxie intra-psychique* de Stransky) et disparaissent en général assez rapidement, en laissant à nu le fond démentiel sur lequel elles sont greffées.

Dans la 2me variété de la démence paranoïde — sa légitimité est discutée plus loin — qui a été constituée par Krœpelin aux dépens de la paranoïa et qui comprend tous les *délires systématisés hallucinatoires chroniques* (y compris le *délire chronique de Magnan),* les conceptions délirantes sont plus cohérentes, moins mobiles, plus tenaces et persistent en général pendant un assez grand nombre d'années : elles s'accompagnent, en outre, comme chez tous les paranoïaques, d'une *exagération du sentiment de la personnalité,* consistent surtout en *idées de persécution et de grandeur* qui deviennent peu à peu stéréotypées et dont l'expression verbale est le plus souvent illustrée de *néologismes,* de *jargonaphasie* et de *gestes cabalistiques.*

Troubles sensoriels. — Ils accompagnent les idées délirantes et se rencontrent, par conséquent, dans les mêmes formes démentielles, mais leur existence est beaucoup plus nette et plus accusée dans la démence paranoïde (2me variété) que dans l'hébéphrénie. Les plus fréquents consistent en *hallucinations de l'ouïe, de la vue et de la sensibilité générale ;* plus rarement on observe des hallucinations des autres sens ou du moins leur existence est loin d'être toujours facile à mettre en évidence et, à vrai dire, elles ne se présentent pas avec des caractères assez tranchés pour retenir l'attention.

États d'excitation, de dépression et de stupeur catatoniques. Les réactions psycho-motrices les plus variées peuvent s'ob-

server dans toutes les formes de démence précoce, mais au contraire des troubles psychiques que nous venons d'examiner, c'est assurément dans la forme catatonique que leur rôle est prépondérant.

Ordinairement passagers, transitoires et éphémères dans l'hébéphrènie et surtout dans la forme paranoïde l'excitation ou la stupeur peuvent persister dans la catatonie pendant des semaines, des mois et même des années. Presque toujours l'*excitation* est à la fois *intellectuelle* et *motrice ;* l'excitation intellectuelle se manifeste par une *loquacité* intarissable, consistant dans un *verbiage incohérent* où les mots s'accolent les uns aux autres sans aucune suite (salade de mots), dont certains sont *employés à contre-sens,* d'autres *déformés* (jargonaphasie), *forgés de toutes pièces* (néologismes) ou *répétés à satiété* (verbigération).

Je n'insiste pas sur ces différents troubles du langage dont Masselon et quelques autres auteurs ont publié des spécimens tout à fait typiques ; en voici cependant un exemple recueilli chez une malade de mon service, mais ce qu'il est impossible de reproduire, c'est la rapidité, la volubilité et le ton tour à tour enjoué, larmoyant, pathétique, déclamatoire, inadéquat aux idées exprimées, avec lesquels sont débitées ces enfilades de mots, qui ne parviennent à constituer que des tronçons de phrases grammaticalement correctes, mais complètement vides de sens :

France, je vous remercie, *seul* le violet pour la Légion d'honneur, Madame je vous salue ; Monsieur je vous remercie, *seuls* nous pourrons étudier *nous-mêmes,* offrir pour les Quinse-Vingts à *nous-mêmes* pour offrir la brioche pour demain. *Nous-mêmes* au nom d'un pape, je vous salue, je vous remercie, au nom d'un pape, j'ai reçu même l'héliotrope à cause de vous devant mon père. *Seule* devant moi, *seule* pour sûr du pape. *Seules* les sœurs qui nous permettaient d'y entrer, d'ici avaient des pianos. France et Anglais — (paroles incompréhensibles) — à cause d'un pape pour avoir mérité *moi-même* la légion d'honneur, nous reconnaissons l'électricité *seule moi-même* Mathilde-Léontine B..., générale devant mon père avoir reconnu les groseilles pour *moi-même* devant St-Cyr *même* avoir reçu l'Empereur pour la France, *seule* avoir remarqué *même* son pied pour l'Empereur *même* pour l'Egypte s'il veut nous la redonner avoir reconnu l'Empereur. *Même* pour un cheval, j'aime trop les chevaux, vous devez ici-*même* me *saluer moi-même* si l'on veut *moi-même,* me *saluer moi-même* pour une vierge *moi-même,*

me soigner *moi-même* ici. Et *seule moi-même,* ma signature *moi-même* ne peut signer plusieurs fois *moi-même.* Mathilde-Léontine B..., générale.

Le désordre qu'on observe dans les discours des déments précoces se retrouve dans leurs ***attitudes,*** dans leurs ***actes,*** et toute ***leur manière d'être (agitation motrice).***

Outre leur physionomie mobile, leurs cheveux en désordre ou disposés de façon à composer des coiffures étranges, les femmes (visées surtout dans cette description) affectent de se découvrir la poitrine et les bras, quand elles ne se montrent pas complètement nues ; elles se dressent droites sur leurs lits, l'arpentent en tous sens, grimpent sur les barreaux, inconscientes du danger, prennent des ***attitudes de sphinx,*** d'***athlète,*** de ***crucifiement,*** etc., ou bien se ***drapent à l'antique*** dans leurs couvertures, ***miment des scènes de comédie,*** passent brusquement de la gaieté au désespoir, etc.

Lorsqu'à cette agitation motrice extravagante, qui peut se prolonger plusieurs semaines et plusieurs mois fait place une période de calme et de répit, les malades se ***dissimulent complètement sous leurs draps, le tronc et les membres repliés sur eux-mêmes, les genoux touchant souvent le menton, la tête toujours enfouie au milieu du lit ;*** elles ressemblent ainsi aux serpents de nos muséums, indifférentes au va et vient de la salle, aux visites et à tous les bruits du dehors. Malgré leur calme apparent, ces malades diffèrent totalement de celles qui sont réellement en état de dépression ou de stupeur parce que, à l'encontre de celles-ci, brusquement, instantanément, sans que rien puisse faire prévoir un pareil revirement, elles s'élancent hors de leur lit et recommencent toute la série des extravagances énumérées plus haut.

Leurs compagnes en ***état de stupeur*** gardent, au contraire, invariablement ***la même position :*** levées ou couchées, elles restent durant tout le jour ***immobiles, raidies, figées,*** le plus souvent dans des ***attitudes pénibles*** ou ***fatigantes,*** la ***physionomie inerte,*** le ***regard vague,*** la ***tête légèrement inclinée sur le tronc,*** ne reposant presque jamais sur l'oreiller, les bras ramenés le long du corps, les membres tantôt ***résistants, impossibles à déplacer ;*** tantôt ***mous, flexibles*** et ***conservant les attitudes*** qu'on leur donne. Insensibles à toutes les excitations extérieures, les

malades en état de stupeur *voient, entendent, comprennent* et cependant elles ne répondent pas aux questions et se montrent incapables d'*ouvrir la bouche,* de *tirer la langue,* de *donner la main :* souvent on constate une ébauche des mouvements nécessaires à l'accomplissement de ces actions, la face se colore, devient anxieuse ; puis ces mouvements *de reptation* s'arrêtent et le peu de terrain gagné est subitement perdu par l'arrivée d'une brusque *contraction antagoniste.* Place-t-on entre les mains d'une semblable malade un crayon, un objet quelconque, elle le laisse échapper ou le tient machinalement, sans chercher à se rendre compte de son usage, comme dans les cas d'abolition du sens stéréognostique. Cet état d'indifférence et d'incuriosité de la *main négativiste* est une confirmation de la loi de Brissaud et P. Marie ; il prouve que l'*appétit de la fonction est étroitement lié à l'intégrité de son exercice,* et que, au moins dans le *domaine de l'activité psychique supérieure la perte des moyens d'exécution peut entraîner l'oubli même de la fonction paralysée.* (Dupré, in-Traité de pathologie mentale, 1903, p. 177.)

C'est à un degré beaucoup plus accentué ce qui se passe dans la maladie de Thomsen (cité par Schnyder) où d'après cet auteur « la liberté de mouvement est paralysée par la seule représentation de ce mouvement, par la pensée la plus fugitive s'y rattachant, tandis que l'absence ou la dérivation d'une sollicitation active de la pensée, une disposition d'esprit gaie, mais sans émotion, rendent à la volonté sa liberté d'action. Dans le premier cas il y aurait impossibilité absolue, quand bien même tous les trésors du monde seraient en jeu, d'exécuter un mouvement voulu, d'une manière voulue, même si ce mouvement consistait simplement à saisir une carafe à table et à s'en verser un verre d'eau [1] ».

Dans les cas de *stupeur complète,* les injonctions, les sollicitations les plus pressantes ne sont suivies d'aucune réaction motrice ou vaso-motrice. La physionomie reste *morne,* avec parfois une ébauche de rictus, mais toutes les autres parties du corps gardent une *immobilité de statue ;* on peut alors diriger contre les malades *la pointe d'un instrument tranchant,* toucher

1. — Schnyder : *La recherche du réflexe rotulien chez les névropathes,* in-Journ. de Neurologie, 1903, n° 8.

leurs *globes oculaires avec l'extrémité d'une aiguille* sans qu'elles donnent le moindre signe de frayeur. Seule, la *réflectivité automatique* persiste, la *psycho-réflectivité* est totalement absente. Leur impassibilité *apparente,* sinon *réelle,* est telle qu'on pourrait faire défiler devant elles un régiment, musique en tête, sans qu'elles y prêtent la moindre attention.

Il faut noter cependant que les malades en état de stupeur ne sont souvent étrangers qu'en apparence à ce qui passe autour d'eux, car dans leurs rares et courts intervalles lucides, ils témoignent quelquefois par leurs réflexions ou leurs remarques que pour avoir assisté en spectateurs muets et impassibles aux événements, ils les ont cependant connus et enregistrés.

Ces états de stupeur, comme les états d'excitation décrits plus haut s'observent — tout le monde en convient — en dehors de la démence précoce ; mais c'est dans cette affection seulement qu'ils se présentent avec le caractère de phénomènes automatiques, sans relation avec des idées délirantes ou des hallucinations et indépendamment de troubles émotionnels.

Quand on interroge, en effet, ces malades dans leurs périodes de rémission ou dans leurs intervalles lucides, sur la raison des bizarreries de leur conduite et de leurs attitudes, ou bien ils balbutient des excuses insignifiantes, ou bien ils avouent qu'il leur était impossible d'agir autrement ; mais ce qu'ils n'avouent pas, parce qu'ils ne s'en rendent pas compte, c'est qu'ils n'en avaient ni le *désir* ni la *volonté.*

Ce qui justifie encore une fois l'opinion de Séglas, que la seule explication plausible des symptômes catatoniques de la démence précoce ne doit pas être cherchée ailleurs que dans « le fond mental sur lequel ils reposent : fond commun à toutes les variétés de la maladie et caractérisé surtout par la *passivité de l'esprit, l'aboulie, la perte de l'activité intellectuelle, la lenteur des processus psychiques et l'affaiblissement progressif de la synthèse mentale*[1] ».

Signes physiques. — Je ne ferai guère que les mentionner car, malgré les minutieuses investigations dont ils ont été l'objet

1. — SÉGLAS : *Démence précoce et Catatonie,* in-Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière, 1902, n° 4.

depuis quelques années, les *signes physiques* de la démence précoce n'ont pas encore acquis une réelle valeur sémiologique.

Du côté de la *motilité*, on ne constate aucune modification appréciable. L'*inertie* et l'*inaction* de quelques-uns des malades, les *états d'hypertonie, d'hypotonie* ou *d'agitation motrice* de quelques autres, leur *impulsivité*, etc., appartiennent trop manifestement à la catégorie des *troubles d'origine psychique,* aux *myopsychies* du professeur Joffroy, pour mériter de figurer ici.

La même remarque s'applique aux altérations de la *sensibilité ;* à la vérité, les malades déprimés ou stuporeux réagissent peu ou pas aux *excitations douloureuses,* mais cette absence de réaction ne correspond pas à une *analgésie* véritable ; elle est, vraisemblablement, la conséquence de l'*esprit d'opposition* habituel à la plupart d'entre eux.

Les troubles de la *sensibilité subjective* paraissent également faire défaut chez ces sujets, ils n'accusent jamais spontanément aucun malaise ; mais il faut tenir compte de leur apathie, de leur indifférence, et peut-être y a-t-il lieu de faire quelques réserves au sujet de cette prétendue absence de manifestations douloureuses ? Quelques-uns nous ont paru éprouver des douleurs de tête paroxystiques, mais il pouvait, il est vrai, s'agir d'une simple association morbide, de migraine ou de névralgies surajoutées et indépendantes en réalité de la maladie.

Les modifications de la *réflectivité* sont beaucoup plus nettes ; presque tous les auteurs ont constaté une *exagération des réflexes tendineux,* surtout *des réflexes rotuliens* et cela principalement chez les sujets en état de stupeur ou de demi-stupeur.

D'après Sérieux et Masselon, le *réflexe du poignet* serait aussi fréquemment exagéré que le patellaire (dans 70 °/₀ des cas environ) et chez les mêmes malades (hébéphréno-catatoniques).

Quant aux *réflexes cutanés,* ils sont faibles ou abolis dans la moitié des cas (Sérieux et Masselon) ; dans mon service, le *cutané plantaire* a été trouvé diminué dans 71,4 °/₀ des cas.

L'*affaiblissement* des *réflexes lumineux* et *accomodateur* de la pupille a été observé par les mêmes auteurs dans 78 °/₀ des cas ; mais il faut noter qu'on n'a jamais constaté la *disparition*

complète de ces réflexes, non plus que le *signe d'Argyll-Robertson*. La proportion des cas dans lesquels nous avons constaté un *trouble des réactions de la pupille à la lumière* et *à la distance* est un peu plus faible que la précédente (58,3 °/₀ pour le réflexe lumineux et 41,6 °/₀ pour le réflexe accomodateur).

D'autre part, les *dimensions* de la pupille sont très variables ; la *mydriase* s'observerait chez un peu plus des deux tiers des sujets (76,9 °/₀), le *myosis* est exceptionnel, ainsi que l'*inégalité des diamètres pupillaires*, à la condition de ne tenir compte que des faits dans lesquels cette *inégalité* est *permanente*.

Somme toute, les modifications observées du côté des pupilles ont une signification beaucoup moins nette que dans la paralysie générale.

Ajoutons que tout récemment Dide a noté *des alternatives d'anémie* et de *congestion de la papille*, d'aspect généralement grisâtre, chez la moitié environ de ses malades, et cela, un peu plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes.

Comparés à ceux de la paralysie générale les *troubles de la parole* peuvent être considérés comme nuls : les seules particularités susceptibles d'être notées sont la *rapidité du débit*, l'*emphase*, le ton *déclamatoire*, *théâtral* ou *puéril* des discours chez les malades excités ; au contraire, chez les malades déprimés ou stuporeux, la parole n'est émise qu'à *voix basse et indistincte* quand elle n'est pas complètement *abolie ;* même à la période terminale il n'existe pas de *dysarthrie* mais le langage des malades à cette période ne consiste souvent qu'en grognements ou en sons inarticulés.

Les *troubles sphinctériens* qui s'observent d'une façon *intermittente* à toutes les périodes de la maladie et qui deviennent *permanents* seulement à la phase de démence totale, sont liés à des *altérations de la personnalité consciente et volontaire*, beaucoup plus souvent qu'à des *lésions des centres corticaux ano-vésicaux*.

Ajoutons qu'en l'absence de complications on ne constate jamais chez les déments précoces, comme chez les déments paralytiques, une véritable *impotence* des membres inférieurs.

Les *troubles vaso-moteurs et trophiques* sont assez fréquents. Un grand nombre de négativistes présentent de la *cyanose* et du *refroidissement* permanent des extrémités ; à certains moments leur visage se colore brusquement et prend l'*aspect vultueux* que l'on constate chez beaucoup de paralytiques généraux, surtout après les repas.

En outre des *œdèmes localisés* déjà signalés par Krœpelin, Dide a décrit sous le nom de *pseudo-œdème catatonique* une infiltration particulière du tissu cellulaire du dos du pied, plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, qui débute à la racine des orteils pour se terminer autour du cou de pied

Beaucoup plus rarement observée à la face dorsale des mains, cette infiltration qui ne garde pas l'empreinte du doigt, serait liée à des troubles de la circulation cérébrale avec répercussion sur le fonctionnement de la glande thyroïde et peut-être de quelques autres glandes vasculaires sanguines [1].

Dide a encore noté chez les mêmes malades une tendance à la *formation de vésicules* sur un fond d'*aspect purpurique*. (Communication orale.)

Un trouble vaso-moteur qui mérite une plus grande attention à cause de sa grande fréquence, c'est le *dermographisme*.

Séglas, qui l'a particulièrement étudié, a constaté que, sans être rare chez les aliénés et d'une façon générale chez tous les névropathes, ce phénomène était cependant beaucoup plus commun chez les déments précoces. Avec son élève Darcanne, il l'a noté dans 66 °/₀ des cas d'hébéphrénie et de catatonie réunis, et dans 100 °/₀ des cas de catatonie pure. Cette proportion tombe à 30 °/₀ dans la démence paranoïde [2].

D'après les recherches qui ont été faites dans mon service par mon interne Maillard et par un de mes élèves, Arbinet, le dermo-

1. — Pendant la correction de ces épreuves, nous devons à l'obligeance de MM. Sérieux et Mignot communication d'un travail dans lequel ces auteurs établissent que sur 23 démentes précoces de la maison de santé de Ville-Evrard, ils en ont trouvé 7 qui ne présentaient pas de pseudo-œdème, 8 chez lesquelles les tendons extenseurs du dos du pied étaient masqués par l'abondance et la laxité du tissu cellulaire sous-cutané (sans véritable pseudo-œdème) et enfin 8 qui avaient réellement du pseudo-œdème. Sérieux et Mignot ajoutent que ce pseudo-œdème s'observe en dehors de la démence précoce, dans la mélancolie, les délires systématisés, la démence sénile, la folie périodique, etc.

2. — Séglas et Darcanne : *Le dermographisme chez les aliénés*, in-Ann. Méd. Psych., 1902, n° 1.

graphisme (avec ou sans relief) existe dans 93 % des cas de démence précoce sans distinction de formes.

Séglas a également observé chez un certain nombre de ses malades des *alternatives d'engraissement* et *d'amaigrissement rapides,* qui surviennent sans cause appréciable et sans rapport saisissable avec l'évolution de l'état mental ; nous avons fait la même remarque.

Les *troubles de la menstruation* sont très fréquents ; d'après Masselon, pendant la période aiguë de la maladie, les règles sont, en général, complètement supprimées.

L'examen des différents *liquides* ou *humeurs* de l'organisme a fourni également quelques résultats intéressants.

Dide et Chenais ont pratiqué la *numération des globules blancs du sang ;* ils ont trouvé les *polynucléaires diminués* dans 5 cas, *normaux* dans 9, et *augmentés* dans 4 cas ; un résultat plus net a consisté dans l'*augmentation du nombre des éosinophiles* (12 cas), qui s'est élevé à 3,4 au lieu de 1 %.

En ce qui concerne le *liquide cephalo-rachidien,* Dupré et Devaux, Séglas et Nageotte ont démontré l'*absence de lymphocytose* et de réaction albumineuse, contrairement à ce qui s'observe chez les paralytiques généraux ; ici encore quelques réserves s'imposent. Chez 2 ou 3 malades de la Salpêtrière, le liquide céphalo-rachidien contenait un assez grand nombre d'éléments figurés.

L'*urine* des déments précoces ne contient habituellement ni *sucre,* ni *albumine,* ni aucune substance anormale ; mais on observe des modifications assez importantes de sa *composition* et de la *diurèse.*

Chez une femme catatonique, Crocq a constaté une *diminution de la quantité des urines* (600 à 800 gr. par 24 heures), une *augmentation de sa densité,* une *hyperchlorurie considérable* (15 à 25 gr.), une *hypophosphaturie notable* et une *diminution* très marquée de l'*élimination de l'urée* [1].

Dide et Chenais, dont les recherches ont porté sur les urines

1. — Crocq : *Consid. sur la Catatonie,* Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique, 1902, p. 206.

de 18 déments précoces (11 hommes et 7 femmes), ont également observé une *diminution de la quantité des urines* avec augmentation *de leur densité* et une *diminution très nette de l'urée*. Quant à la *teneur* des urines en *phosphates* et en *chlorures*, évaluée par 24 heures et non ramenée au litre, elle était ou *normale* ou *voisine* de la normale.

D'après Dide la *diminution de la quantité des urines* s'observerait surtout chez les *négativistes* et serait remplacée par de la *polyurie* chez les *excités catatoniques*. (Communic. orale.)

Sur 15 malades femmes de mon service, les recherches urologiques faites par mes internes Maillard et Monnier et renouvelées plusieurs fois sur chacune d'elles, ont donné des résultats un peu différents. Pour ces auteurs la *quantité d'urine* émise en 24 heures est *notablement diminuée ;* dans les 2/3 des cas elle a oscillé de 400 à 600 gr. par jour.

Chez plus de la moitié des malades la *densité des urines* a été trouvée *supérieure* à 1023 ; elle a atteint une fois 1034.

La *quantité d'urée* excrétée *dans les 24 heures* a varié de 5 à 12 gr. (au lieu de 25 à 30 gr. chiffre normal) ; celle des *phosphates* de 0 gr. 50 à 1 gr. 50 (au lieu de 2 gr. 50 à 3 gr.) ; celle des *chlorures* de 7 gr. 74 à 10 gr. (au lieu de 12 à 14 gr.).

Ajoutons que des analyses comparatives faites sur un certain nombre de malades, non démentes précoces, placées dans la même salle, soumises au même régime alimentaire et vivant dans les mêmes conditions, ont fourni des résultats complètement différents.

Il semble donc, d'après ces auteurs, qu'il y ait réellement une *formule urinaire de la démence précoce*, caractérisée à la fois par de l'*hypoazoturie*, de l'*hypophosphaturie* et une légère *hypochlorurie ;* mais il est probable que cette formule n'est pas toujours la même aux différentes périodes de la maladie et c'est peut-être là qu'il faut chercher la cause des résultats un peu divergents obtenus jusqu'ici par les expérimentateurs.

Ajoutons, pour en finir avec les modifications de la fonction rénale que, dans ces derniers temps, d'Ormea et Magiotto ont fait connaître les résultats de leurs recherches sur l'état de la perméabilité du rein.

D'après ces auteurs, l'*élimination du bleu de méthylène est*

toujours retardée ; l'urine n'est colorée d'une façon très intense que vers la 8e ou la 12e heure et ne cesse de l'être qu'après la 100e ou la 130e heure. La courbe est polycyclique et discontinue.

Dans les formes hébéphrèniques l'élimination s'éloigne moins de l'état normal que dans les deux autres variétés de démence précoce.

Dans la forme paranoïde, le début de l'élimination est assez rapide, mais sa durée est prolongée. Dans la catatonie il y a retard à la fois du début et de la fin de l'élimination.

Pour les mêmes auteurs *l'élimination de l'iodure de potassium* par l'urine et la salive des déments précoces subit aussi un certain *retard ;* celui-ci est plus marqué chez les catatoniques et les paranoïdes que chez les hébéphrèniques[1].

Mes internes Maillard et Monnier ont également étudié l'état de la perméabilité du rein au moyen des injections de bleu chez plusieurs malades de mon service. Ils ont constaté : 1° le *retard de l'apparition du bleu* dans les urines ; 2° le *retard du moment de l'élimination maxima ;* 3° la *prolongation de l'élimination.* Ces résultats sont sensiblement concordants avec ceux des auteurs italiens.

Le tableau ci-après indique le degré de fréquence de quelques autres signes somatiques de moindre importance.

Les signes physiques que nous venons de passer en revue sont notablement plus fréquents et plus accusés dans les formes catatoniques et hébéphrèniques de la démence précoce que dans la forme paranoïde. Ils appartiennent surtout à la période d'état de la maladie et diminuent en nombre et en intensité à la période terminale (Sérieux et Masselon).

Leur valeur siméologique est encore actuellement difficile à préciser ; il semble bien cependant, d'après l'étude comparative qui a été faite de ces mêmes signes dans quelques autres formes d'aliénation mentale qu'ils sont plus nombreux et plus accusés dans la démence précoce que dans les autres psychoses ; mais il faut reconnaître qu'aucun d'eux, pris isolément, ne peut être considéré comme pathognomonique et que c'est seulement par leur réunion et leur permanence qu'ils peuvent apporter une utile contribution au diagnostic.

1. — d'Ormea et Magiotto : *Recherches sur les échanges organiques chez les déments précoces analysés,* in-Revue de Neurologie, 15 mai 1904.



Degré de fréquence des principaux signes physiques de la démence précoce.
Nombre des cas
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
Réflexes tendineux exagérés 92.3
Réflexes cutanés plantaires diminués 71.4
Réflexes pupillaires à la lumière diminués 58.3
Diminution de l'accommodation pupillaire à la distance 41.6
Inégalité pupillaire . . . . 50.
Mydriase 76.9
Myosis . . . . 5.
Réflexe pharyngien diminué. 40.
Réflexe conjonctival diminué. 18.1
Troubles de la menstruation. 60.
Cyanose, refroidissement des extrémités. hyperhydrose . . . 69.4
Dermographisme 93.3
Pseudo. œdèmes 17.6
Erythrose faciale . . . . . 25.
Brusques oscillations du poids du corps 37.5
Tics de la face 35.7
Crises convulsives 18.7

CHAPITRE IV

Étude anatomo-pathologique.

Si la démence précoce est aujourd'hui nettement caractérisée au point de vue clinique, il n'en est pas encore de même au point de vue anatomique.

La pénurie de documents relatifs aux lésions de la démence précoce n'a rien du reste qui puisse surprendre étant donné, d'une part, le peu de temps depuis lequel l'attention est attirée sur cette affection envisagée comme une entité morbide et, d'autre part, la longue survie des malades dont on n'a que rarement l'occasion de faire l'autopsie.

Laissant de côté les constatations anatomiques déjà anciennes de Hecker, de Kahlbaum et de quelques autres auteurs, dont on trouvera la relation dans toutes les monographies de la démence précoce, nous emprunterons à l'important travail de Klippel et Lhermitte [1], paru au commencement de cette année, les principaux éléments de cette étude anatomo-pathologique.

Voici d'abord, d'après ces auteurs, les renseignements fournis par *l'examen macroscopique* des centres nerveux :

Les *méninges* crâniennes présentent leur coloration et leur épaisseur normales ; la *pie-mère* s'enlève facilement sur toute la surface du cortex. Cette intégrité des méninges était déjà établie cliniquement par l'absence habituelle d'éléments figurés dans le liquide céphalo-rachidien. Les *vaisseaux* de la base du *crâne* ne sont le siège d'aucune altération appréciable.

Le *cerveau*, dans son ensemble, offre sa configuration normale, sauf quelques modifications morphologiques des sillons et des circonvolutions qui sont généralement grêles et comme atrophiées.

Les *ventricules* ne sont pas dilatés et les parois en sont lisses ; d'après L. Marchand, au contraire, les *ventricules latéraux* sont augmentés de volume dans toutes les démences sans exception,

1. — Klippel et Lhermitte : *Démence précoce, anatomie pathologique et pathogénie*, in-Rev. de Psychiatrie, 1904, n° 4.

mais à un degré plus prononcé dans les démences paralytique et sénile. Pour cet auteur, l'ampliation des ventricules latéraux associée à une diminution de poids du cerveau, serait un des meilleurs signes macroscopiques des démences [1].

Chez deux malades, un homme et une femme, le *cervelet* a été trouvé manifestement asymétrique : le lobe *droit* dans un cas, le lobe *gauche* dans l'autre, était notablement plus petit que son congénère.

Les *méninges rachidiennes* et la *moelle*, dans les cas où ces organes ont pû être examinés, ne présentaient aucune altération.

Les *lésions histologiques*, sans être encore décisives, sont beaucoup plus importantes : elles ont été observées à l'aide des nouvelles méthodes actuellement en usage pour les recherches de neuropathologie : méthode de Nissl, de Veigert, de Pal, etc. Pour mieux préciser les éléments trouvés parfois autour des vaisseaux ou dans leur lumière, on a eu recours à des colorants hématologiques spéciaux, triacide d'Erlich, éosine-orange, bleu de toluidine, etc.

Enfin, dans le but de rendre plus apparentes les modifications volumétriques des cellules centrales dans les diverses parties de l'écorce, on a mesuré à l'aide du dessin à la chambre claire de Malassez une centaine de cellules dans chacune des zones motrices ou des zones d'associations principales.

C'est avec ces méthodes et ces procédés perfectionnés de recherches, que Klippel et Lhermitte ont examiné les centres nerveux et quelques autres organes de quatre déments précoces (trois femmes et un homme), tous arrivés à la période d'état de la maladie.

Une de ces démentes a succombé à une tuberculose pulmonaire à marche rapide à 26 ans. Une autre a été trouvée morte dans son lit, elle avait 25 ans. La troisième malade du sexe féminin a été emportée par une broncho-pneumonie à 25 ans. Le quatrième cas est relatif à un jeune homme de 19 ans, dont l'observation a été publiée par L. Marchand sous le nom de *paralysie générale juvénile* [2].

1. — L. Marchand : *Considér. sur l'ampliation des ventricules latéraux dans les maladies mentales*, in-Journ. de Neurologie, 1904, n° 4.

2. — L. Marchand : *Un cas de paralysie générale juvénile*, in-Ann. Méd. Psych., n° Mai-Juin, 1900.

Voici les principales constatations histopathologiques qui ont été faites chez ces différents sujets.

Les *méninges* et les *vaisseaux* de l'encéphale doivent d'abord être mis complètement hors de cause. Dans aucun cas, sur aucun point, le tissu des méninges ne présentait la moindre altération. Nulle part il n'existait de *lésions inflammatoires* ou *diapédétiques* de la paroi des vaisseaux.

Dans *un cas* seulement, disent Klippel et Lhermitte, nous avons constaté une *prolifération de la névroglie* en des points circonscrits et limités et voici la description qu'ils en donnent : « Le fait le plus particulier consiste dans l'abondance, autour des vaisseaux, de cellules rondes dont le noyau se teinte fortement par les colorants basiques et dont le protoplasma est presque invisible. Ces cellules rondes siègent, non point dans la paroi vasculaire ou dans sa gaine lymphatique, mais à une certaine distance, au milieu de l'intrication des fibrilles nerveuses. Également autour de quelques grandes cellules pyramidales se rencontrent, en plus ou moins grand nombre, ces éléments ; on en compte en moyenne 3 à 4 autour d'une cellule. Certains siègent dans l'espace clair bordant le corps cellulaire, d'autres sont *comme à cheval sur l'un de ses bords, de très rares lui sont superposés.* » (Obs. II, p. 56.)

Nous ferons remarquer que dans l'Obs. I, p. 51, les auteurs avaient déjà noté la présence des mêmes éléments ronds à noyau fortement coloré autour des cellules du corps strié. « Quelques-uns de ces éléments, disent-ils, se trouvent dans l'espace clair qui sépare les cellules, des fibres environnantes, d'autres *échancrent son protoplasma, quelques autres, enfin, lui sont superposés.* »

Par contre, chez les quatre sujets, les *lésions dans l'encéphale et dans la moelle étaient localisées aux neurones.*

Pour être *diffuses*, ces lésions siégeaient exclusivement sur les *centres d'associations*. Les *neurones des centres de projections* étaient en général intacts.

Dans les centres d'associations les lésions intéressaient presque uniquement les *grandes cellules pyramidales*, modifiées à la fois dans *leurs dimensions* et dans *leur structure.*

Au niveau des *circonvolutions frontales, temporales, pariè-*

tales et *occipitales,* ces grandes cellules étaient remplacées par des éléments de même forme, mais notablement plus petits.

Les coupes pratiquées dans les *régions motrices* de l'écorce montraient, au contraire, que le volume des grandes cellules était demeuré à peu près normal.

A côté de ces *altérations morphologiques* des cellules, il en existe d'autres plus importantes, intéressant leurs principaux *éléments constitutifs.*

Le *protoplasma* est granuleux et surchargé de pigment jaune ; le *noyau* déplacé vers la périphérie apparaît tantôt avec son enveloppe normale, tantôt avec une membrane plissée et déformée. Le nucléole est ordinairement bien visible et cintrant assez exactement le noyau ; dans un cas il était divisé en deux parties inégales et accolé à la membrane nucléaire.

Signalons encore pour terminer l'exposé des constatations faites par Klippel et Lhermitte, l'existence chez un de leurs malades d'une *dégénérescence graisseuse du foie,* chez un autre d'une *hémorrhagie de la capsule surrénale,* lésions que les auteurs croient devoir attribuer à la maladie intercurrente, cause de la mort.

Faisons remarquer cependant que la *stéatose totale du foie* a été également observée par Dide chez plusieurs déments précoces.

Quoiqu'il en soit, les seules lésions qui, d'après Klippel et Lhermitte, appartiennent en propre à la démence précoce, sont une *atrophie prononcée des grandes cellules pyramidales des lobes frontaux, temporaux, pariétaux et occipitaux* et une *chromatolyse diffuse de ces mêmes cellules.*

De ces deux lésions c'est à la seconde qu'appartient le rôle prépondérant puisque « l'atrophie des cellules n'est due qu'en partie à l'atteinte directe du neurone (par l'agent pathogène) et qu'elle reconnaît encore pour cause l'arrêt de développement qui en a été la conséquence ».

Quant à la *prolifération de la névroglie* qui a été observée sous la forme d'*éléments ronds à noyau fortement coloré péri-vasculaires et péri-cellulaires,* elle ne représente, d'après les auteurs, qu'une *lésion accessoire, négligeable,* pouvant s'expliquer par l'étroite parenté histogénétique de la névroglie et de la cellule nerveuse.

Nous ferons remarquer immédiatement, que les lésions du cortex rencontrées par Klippel et Lhermitte dans ces quatre cas de démence précoce, sont absolument superposables à celles qui ont été précédemment signalées par Gilbert Ballet dans un cas de *confusion mentale* et dans un cas de *psychose polynévritique*. Dans ces différents ordres de faits (psychose polynévritique et confusion mentale d'une part, démence précoce de l'autre) on note *la même intégrité des méninges et des vaisseaux, la même absence de lésions notables de la névroglie, la même localisation du processus à la cellule nerveuse* dont les angles sont arrondis, les prolongements plus grêles, le protaplasma granuleux, le noyau excentriquement déplacé, etc. [1]. Nous examinerons un peu plus loin, quelles conclusions il convient de tirer de ce rapprochement.

Pour le moment, nous nous bornerons à faire remarquer, que contrairement à ce qui se passe dans les autres démences (paralytique, sénile, toxi-infectieuse, etc.) où l'on voit *tous les tissus de l'encéphale (neurone, névroglie, leucocytes, endothéliums vasculaires, cellules conjonctives) entrer en réaction sous l'influence de l'agent pathogène;* dans la démence précoce, d'après Klippel et Lhermitte, les *altérations porteraient uniquement sur le neurone, à l'exclusion de tous les autres tissus de l'encéphale.*

C'est sur cette différence de *localisation des lésions* que ces auteurs se sont appuyés pour établir une distinction fondamentale entre les *délires* et les *démences dites organiques* (à lésions portant sur l'ensemble des tissus de l'encéphale), et les *délires* et les *démences dites vésaniques* (à lésions exclusives du neurone) et faire rentrer la *démence précoce* dans cette seconde variété d'états démentiels.

Avant d'admettre cette distinction, il est nécessaire de savoir si le caractère anatomique qui lui sert de base, est un critérium assez solidement établi, pour qu'on lui accorde une portée aussi générale. Pour cela, il nous faut revenir un peu en arrière et passer en revue les opinions des auteurs qui se sont occupés de la question.

1. — Gilbert Ballet : *Lésions de l'écorce cérébrale dans la confusion mentale et la psychose polynévritique*. Semaine médicale, 1898, pp. 102 et 284.

Nous rappellerons d'abord qu'en 1895, au Congrès des aliénistes et neurologistes de Bordeaux, A. Voisin a signalé l'existence dans la folie vésanique d'altérations cellulaires analogues, sinon identiques, à celles que viennent de décrire Klippel et Lhermitte.

Dans trois cas de lypémanie chronique cet auteur a trouvé au niveau de la substance grise des circonvolutions frontales beaucoup de *cellules atrophiées, pigmentées et graisseuses,* à côté d'autres cellules saines.

Ces altérations sont très visibles sur les dessins qui ont été publiés de ses préparations [1].

Alzheimer, dans des cas aigus de catatonie, a également constaté des *altérations graves des cellules de l'écorce,* surtout au niveau des couches profondes : tuméfaction notable des noyaux, plissement de leur membrane, corps cellulaire rétracté en voie de destruction, néoformation de fibrilles névrogliques qui entourent les cellules. Nissl, d'autre part, dans des cas à évolution chronique, a noté des *modifications profondes des cellules* qu'il a décrites sous le nom de « destruction du noyau ». Un nombre assez considérable de cellules paraissent détruites mais il n'y a pas d'atrophie de l'écorce. Les couches profondes renferment des *cellules névrogliques, nombreuses et grandes,* en voie de régression. L'écorce est, en outre, parsemée de *gros noyaux de névroglie,* peu colorés, entourant les cellules malades ; *quelques-uns les ont même envahies* (Sérieux).

De ces constatations, Nissl tire la conclusion que la distinction des *psychoses* dénommées *fonctionnelles* et des *psychoses organiques* n'a aucun sens. Il a étudié les centres nerveux d'individus atteints de *psychoses fonctionnelles* et toujours il a trouvé un *fondement anatomique* consistant surtout en phénomènes de gliose, en lésions des vaisseaux sanguins et lymphatiques et en une *action phagocytaire* de certaines cellules.

Enfin, en 1902, Bridier, élève du Pr Pierret, a également conclu de l'étude anatomo-pathologique de 10 cas de démences chroniques, que la *démence cliniquement constatée s'accompagne toujours de lésions matérielles :* ces altérations peuvent être rangées

1. — A. Voisin : *Altérations des cellules cérébrales dans la folie vésanique et dans la paralysie générale des aliénés.* Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes. Bordeaux, 1895.

en trois groupes, suivant qu'elles atteignent les *cellules nerveuses, le tissu de soutien et les vaisseaux* [1].

Du côté des *cellules nerveuses* cet auteur a constaté des *lésions de dégénérescence graisseuse et pigmentaire,* la *chromatolyse centrale,* les *indentations* réelles ou simulées par les *leucocytes* qui ne feraient que déprimer le corps de la cellule, la *perte des prolongements,* le *gonflement du noyau* qui devient excentrique, se vacuolise, se colore plus intensément, tandis que le *nucléole* persiste jusqu'à la fin ; puis l'*atrophie de la cellule* réduite à un bloc granuleux ou cachée sous des amas de noyaux qui figurent encore son aspect ancien.

Du côté du tissu interstitiel il a noté des *proliférations névrogliques* qui enserrent la cellule nerveuse et prennent un développement d'autant plus considérable, que celle-ci *s'atrophie* davantage. D'autre part, les *éléments migrateurs* subissent une augmentation de nombre toujours notable.

Nous croyons intéressant, dit Bridier, de signaler ce fait qu'ils semblent plus nombreux dans les couches profondes du cortex, contre la substance blanche et qu'ils paraissent diminuer à mesure qu'on s'élève vers la surface des circonvolutions, ainsi qu'un *courant qui serait chargé de balayer les déchets cellulaires et de les transporter par les méninges dans les voies de dégagement de l'encéphale.*

Les *vaisseaux* présentent également des altérations portées à leur maximum dans les *démences séniles* et *paralytiques,* mais existant également dans les *démences vésaniques anciennes.*

Signalons encore la *raréfaction des fibres tangentielles du réseau d'Exner;* aussi Bridier déclare-t-il accepter sans restriction la conclusion de Nissl : « Dans le cerveau d'individus atteints de *psychoses fonctionnelles* on pourra toujours trouver un *fondement anatomique* » et il ajoute « qu'on ne peut plus continuer, en se fondant sur l'insuffisance de nos connaissances anatomiques, à établir une différence entre les démences *organiques* et les démences *vésaniques* ». Conclusion diamétralement opposée, comme on le voit, à celle que Klippel et Lhermitte ont tirée de leurs constatations anatomo-pathologiques et qui se trouve encore renforcée du fait que dans un cas de *démence précoce,*

1. — Bridier : *Anat. Path. des démences.* Th. Lyon, 1902, p. 86.

Bridier a constaté, indépendamment d'une raréfaction et d'une surcharge en pigment des grandes cellules pyramidales, *une infiltration des substances blanche et grise des circonvolutions par des noyaux ronds ou allongés, disposés en traînées le long des vaisseaux et des fibres et empiétant parfois sur les corps cellulaires.*

Nous sommes donc en présence de deux opinions contradictoires : 1° celle de Klippel et Lhermitte qui, en se basant sur la localisation différente des lésions, continuent à admettre l'ancienne division des *démences organiques* et des *démences vésaniques* ; 2° celle d'Alzheimer, de Nissl, de Bridier et du professeur Pierret qui, en se fondant au contraire sur l'identité de siège et de nature des lésions dans tous les processus démentiels et sur leur généralisation à tous les tissus de l'encéphale indistinctement, quoiqu'à des degrés divers, ne reconnaissent pour légitimes que les seules *démences organiques.*

Avant de prendre parti pour l'une ou l'autre de ces théories, il est indispensable de jeter un coup d'œil sur les principales conditions étiologiques que l'expérience a permis de relever dans les antécédents des déments précoces.

CHAPITRE V

Étude Étiologique.

Avant de passer en revue les causes présumées de la démence précoce et d'étudier leur mode d'action, nous dirons quelques mots de la *fréquence* de cette affection.

D'après Kræpelin, la démence précoce, en y faisant rentrer les délires systématisés hallucinatoires, fournit 14 à 15 % du total des admissions. Sérieux donne des chiffres encore plus élevés, puisqu'après élimination des délires systématisés, il a trouvé à Ville-Evrard 14 % pour les femmes et 12 % pour les hommes.

D'autre part, le pourcentage établi sur le total des malades existant à une date donnée, a fourni au même auteur les proportions suivantes : hommes, 33 % ; femmes, 40 %. Ces chiffres paraitront sans doute considérables, mais Sérieux a soin de faire remarquer qu'ils ne peuvent être comparés avec ceux qu'on obtiendrait dans un service d'aliénés du régime commun, divers facteurs intervenant pour augmenter au pensionnat de Ville-Evrard le nombre des déments précoces [1].

A la colonie de Gheel, au contraire, la sélection agissant sans doute en sens inverse, le Dr Meeus ne trouve plus que 40 déments précoces (24 hommes et 16 femmes) sur 383 aliénés, soit une proportion de 10,4 %.

D'après Levi-Bianchini, la démence précoce représente le 28 % de la population dans les asiles : 18,8 % chez les hommes, 14,2 % chez les femmes.

Enfin, Séglas, à Bicêtre, sur 220 hommes, trouve la proportion de 19,60 % (y compris les délires systématisés hallucinatoires) et celle de 13,72 % (défalcation faite de ces délires). De

1. — Sérieux : *La démence précoce*, in-Revue de Psychiâtrie, juin 1902.

mon côté, à la Salpêtrière, sur un nombre à peu près égal de femmes (210), j'ai constaté le chiffre de 21,4 °/₀ (délires systématisés compris).

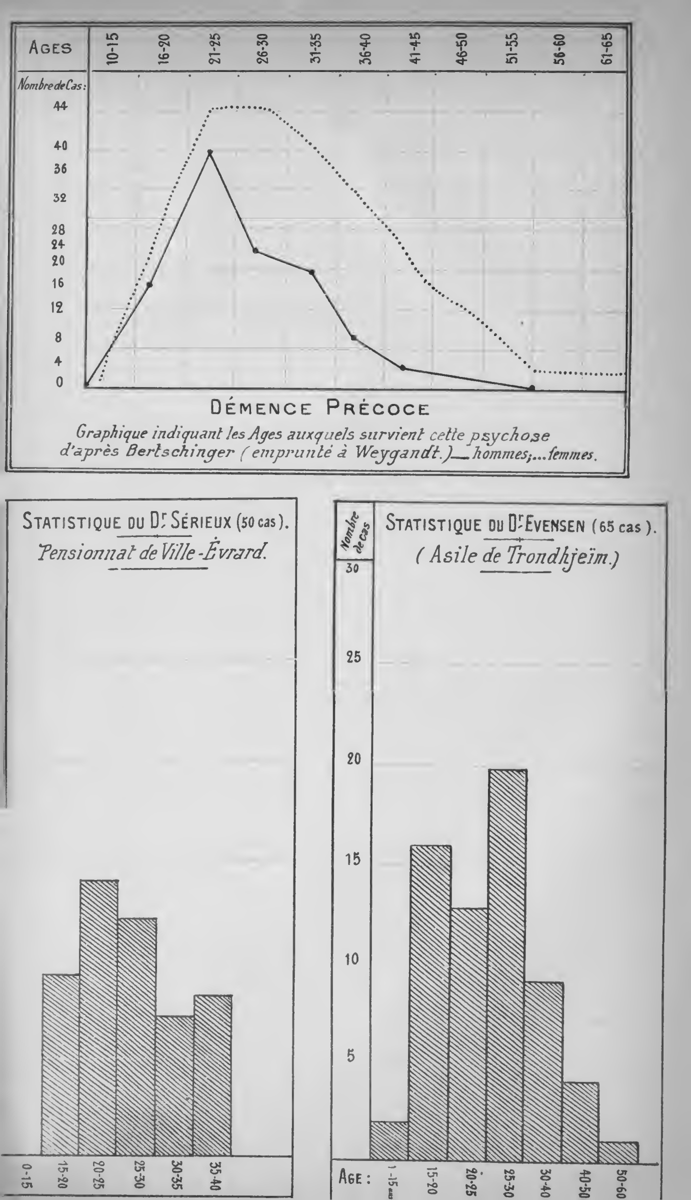
Nous croyons que sans avoir une valeur absolue, ces derniers chiffres, qui ne représentent qu'une proportion sur un total de population et non un rapport avec les autres formes d'aliénation, sont ceux qui se rapprochent le plus de la vérité, et que d'une façon générale, on peut évaluer le nombre des cas de démence précoce, telle que la comprend Krœpelin, au quart environ de la population des asiles.

Age. — Ainsi que l'indique son nom, la démence précoce frappe surtout les jeunes sujets, mais elle ne leur est pas exclusive. Krœpelin et Trömmer admettent que la catatonie peut se développer à l'âge adulte et même à la ménopause. (Schröder). La même remarque s'applique aux formes paranoïdes (Levi-Bianchini, Weygandt). Il y a donc lieu d'établir une distinction, au point de vue de l'âge où elles débutent, entre les trois grandes variétés de démence précoce ; mais, cette réserve faite, il n'en reste pas moins que le plus grand nombre des cas de cette affection appartient à l'adolescence et, par conséquent, que c'est à bon droit qu'elle a été qualifiée de *précoce*.

En effet, sur 296 cas observés par Krœpelin, 60 °/₀ ont débuté avant 25 ans. A la Salpêtrière, sur une statistique il est vrai beaucoup plus réduite de 45 cas, j'en ai trouvé 36 ayant commencé avant 25 ans, soit une proportion de 80 °/₀.

Meeus, à Gheel, sur 47 cas en compte 38 qui se sont déclarés avant 25 ans, 2 de 25 à 29 ans, et 7 après 30 ans révolus, ce qui donne le chiffre de 85 °/₀ pour les cas ayant fait leur apparition avant la 25me année.

La période de la vie de beaucoup la plus favorable à l'éclosion de la maladie est donc de 15 à 30 ans, comme le montrent encore les graphiques suivants, dressés par Bertschinger, Sérieux et Evensen.



DÉMENCE PRÉCOCE

Graphique indiquant les Ages auxquels survient cette psychose d'après Bertschinger (emprunté à Weygandt.) — hommes; ... femmes.

Sexe. — L'influence du *sexe* sur le développement de la démence précoce est très discutée, parce que, pour beaucoup d'auteurs, cette question reste subordonnée à la théorie pathogénique qu'ils adoptent.

C'est ainsi que Christian et Marro, qui font jouer un rôle important au surmenage scolaire (plus communément observé chez les garçons que chez les filles), admettent que la maladie est plus fréquente chez les sujets du sexe masculin.

Au contraire, Hecker, Maudsley, Wille, Ball, etc., qui considèrent la puberté comme un des principaux facteurs de la démence précoce, soutiennent que cette affection est plus rare chez les garçons, parce que les modifications imprimées à l'organisme par l'évolution pubérale sont moins considérables chez eux que chez les jeunes filles.

D'après Meeus, la démence précoce débutant à l'âge adulte serait plus fréquente dans le sexe féminin ; par contre, quand la maladie se montre avant la vingt-cinquième année, elle frapperait surtout le sexe masculin (24 hommes pour 16 femmes).

Nous croyons qu'en réalité les sujets des deux sexes sont à peu près également exposés à cette affection et, ce qui semble le prouver, c'est que Séglas, à Bicêtre (dans un service d'hommes), a trouvé un nombre de déments précoces, très rapproché de celui que j'ai constaté moi-même à la Salpêtrière dans un service composé uniquement de femmes (38 à Bicêtre, 45 à la Salpêtrière) ; or, ces deux services sont absolument comparables tant par le chiffre de leur population que par celui de leur mode de recrutement.

Hérédité. — L'*hérédité névro-psychopathique* est une condition étiologique générale qui domine toute la pathologie mentale et nerveuse. Il est donc naturel qu'on la rencontre à l'origine de la démence précoce comme à celle de toutes les autres psychoses, mais il existe d'assez grandes divergences d'opinions entre les auteurs sur son degré de fréquence, et comme corollaire, sur le rôle qu'il convient de lui attribuer dans la genèse de la maladie. Le chiffre le plus faible est celui de Claus (39 °/₀), puis celui de Christian (43 °/₀) ; le plus élevé appartient à Ziehen (80 °/₀). Entre ces chiffres extrêmes viennent se placer ceux de Mucha (75 °/₀) et de Kræpelin (70 °/₀). Elmiger signale seulement

une certaine *prédisposition constitutionnelle* dans 61 °/₀ des cas chez les garçons et dans 64 °/₀ chez les filles. Bien que nous n'ayons pas noté une hérédité névro-psychopatique manifeste dans plus *de la moitié de nos cas,* nous croyons — en admettant comme positifs ceux où les renseignements sont insuffisants — pouvoir considérer les chiffres de Mucha et de Krœpelin comme très voisins de la vérité.

Quant à la fréquence des maladies *diathésiques, infectieuses* ou *toxiques* dans l'ascendance des déments précoces, elle est probablement assez élevée sans que nous puissions ni fournir de chiffres à cet égard, ni préciser le rôle de ces affections. D'après Lévi-Bianchini [1] l'*hérédité tuberculeuse, syphilitique, alcoolique,* etc., existerait dans 11 °/₀ des cas seulement. Les *stigmates* de l'*hérédo-syphilis,* dit encore Claus, sont rares chez les déments précoces.

L'*hérédité similaire* niée par certains auteurs (Christian) est, au contraire, affirmée par d'autres (Weygandt) ; personnellement nous n'en avons pas observé d'exemple.

Il nous est difficile, à propos de l'hérédité, de ne pas dire un mot des *stigmates physiques de dégénérescence.* Nous nous bornerons à faire remarquer que, de l'avis unanime des auteurs, ces prétendus stigmates sont *l'exception* chez les déments précoces. Citer des chiffres à ce propos nous paraît bien inutile, depuis que partisans et adversaires de la théorie de la dégénérescence se sont mis d'accord pour admettre, les uns que l'*absence des stigmates physiques n'était pas exclusive de la notion de dégénérescence,* les autres *que ces stigmates pouvaient se rencontrer chez des individus sains et normaux avec la même fréquence que chez les individus dégénérés, et que le nombre des sujets non dégénérés porteurs de ces anomalies, était beaucoup plus grand que celui des dégénérés* [2].

Nous aurons du reste l'occasion de revenir sur cette question lorsque nous nous occuperons de la pathogénie de la démence

1. — Lévi-Bianchini : *Age et hérédité dans la démence précoce.* (Riv. sperim. di frenatria e medicina, 1903, p. 558.)

2. — Voir à ce sujet Garnier : *Dégénérescence et Criminalité,* in-Bul. Méd. 1903, n° 3, et Rabaud : *Les stigmates anatomiques de la dégénérescence mentale,* in-Rev. d'anthropologie, février 1904.

précoce ; nous réservons également pour ce moment l'examen du *niveau mental* des sujets atteints de cette affection.

A côté des *causes prédisposantes, inhérentes à l'individu* (hérédité, sexe, âge, etc.), que nous venons de mentionner, il faut vraisemblablement ranger à titre d'agents pouvant réaliser une sorte de *prédisposition accidentelle ou acquise,* les *maladies infectieuses de l'enfance* (rougeole, scarlatine, diphtérie), *les mauvaises conditions hygiéniques, la fièvre typhoïde, la grippe,* etc., si fréquemment enregistrées dans les antécédents des malades, mais sur l'influence desquelles nous manquons encore de données précises. La *syphilis* est complètement étrangère au développement de la démence précoce et la même remarque s'applique aux *intoxications* d'*origine externe,* en particulier à l'*alcoolisme.*

Indépendamment des causes purement prédisposantes précédemment signalées, il y en a un certain nombre d'autres auxquelles on a voulu faire jouer un rôle dans la genèse de la démence précoce et que nous ne retiendrons pas, les unes, parce qu'elles sont tombées dans un discrédit à peu près complet comme *l'onanisme,* la *continence forcée,* etc., les autres parce que leur action ne repose que sur des observations isolées. A cette dernière catégorie appartiennent sans doute les *traumatismes crâniens* signalés par von Muralt [1] comme la cause habituelle de la catatonie. Krœpelin fait remarquer avec raison que les blessures de la tête sont trop fréquentes chez les enfants pour pouvoir être sérieusement invoquées comme une cause de la démence précoce.

Nous en dirons autant des *insolations* notées deux fois dans les antécédents de nos malades.

L'*emprisonnement cellulaire* a été également mis au nombre des moments favorables au développement de la démence précoce. Rudin, cité par Sérieux, a constaté que sur 94 cas de *psychoses des détenus,* plus de la moitié (55 %) appartenait à la catatonie. De nouvelles recherches seraient nécessaires pour établir le bien-fondé de ces observations.

En terminant, nous mentionnerons seulement, nous réservant

1. — Von Muralt : *Catatonie et traumatismes crâniens.* Allg. Zeitsch. f. Psych. 1900 et analysé in-Bullet. de la Soc. de Méd. ment. de Belgique, 1900, p. 311.

de les discuter dans le prochain chapitre, la série des causes auxquelles serait dévolue une *action* véritablement *pathogène*. Nous voulons parler des *fatigues physiques et morales*, du *surmenage*, de l'*épuisement* et, d'une façon générale, de toutes les perturbations nutritives en rapport avec la *puberté, la puerpéralité, la lactation*, certaines *maladies graves*, etc.

Le lien qui permettrait de rapprocher toutes ces causes et de les réunir en un seul faisceau, c'est qu'elles auraient pour caractère commun d'agir à la faveur de la production ou de la rétention d'un poison d'origine cellulaire, c'est-à-dire d'une *auto-intoxication*.

Il y a déjà une dizaine d'années que Régis[1] a appelé l'attention sur le rôle des auto-intoxications dans le développement des psychoses, et ses recherches ont été appuyées depuis par un trop grand nombre d'observateurs, pour ne pas être prises en sérieuse considération.

Il est certain, d'autre part, qu'il existe de très grandes analogies entre le tableau clinique de la démence précoce et les états de confusion, de torpeur et d'onirisme qui caractérisent les psychoses toxi-infectieuses, et que l'origine auto-toxique de cette affection est rendue par là très vraisemblable.

Il est non moins certain que les relations qui existent, dans un très grand nombre de cas, entre la démence précoce, la *puberté, les troubles menstruels, l'état puerpéral*, etc., militent en faveur d'une ***auto-intoxication d'origine sexuelle.*** C'est l'opinion qui a été soutenue par Krœpelin et qui a été adoptée après lui par un certain nombre d'auteurs.

Mais comme la démence précoce ne se développe pas toujours au moment de la puberté, que les troubles menstruels qui l'accompagnent, à la vérité souvent, ne sont pas constants, qu'ils peuvent être l'effet de la maladie aussi bien que sa cause, on a été obligé d'admettre l'intervention d'autres auto-intoxications que celles qui sont liées aux troubles des organes de la reproduction, par exemple les ***auto-intoxications d'origine gastro-intestinale,*** celles dues à l'***insuffisance des fonctions hépatiques et rénales*** et peut-être aussi l'***intoxication d'origine thyroïdienne.*** (Sérieux, O. Gross.)

1. — Régis : *Des auto-intoxications dans les maladies mentales.* (Congrès des Médecins aliénistes, 1893.)

Ces hypothèses seront discutées plus loin mais, d'ores et déjà, on voudra bien remarquer que sous la multiplicité, plus apparente que réelle, de ces auto-intoxications, se dissimule peut-être un seul et unique processus, réalisant ainsi une étiologie *spéciale,* sinon véritablement *spécifique,* de la démence précoce.

CHAPITRE VI

Nature et Pathogénie de la Démence précoce.

Il nous faut aborder maintenant le problème très ardu de la nature et la pathogénie de la démence précoce qui a été la raison d'être de ce Rapport.

Les termes de ce problème nous sont déjà connus et la façon dont ils ont été posés par Gilbert Ballet ne laisse place à aucune équivoque. Il s'agit de décider, dans la mesure du possible, et à l'aide des données *étiologiques, anatomiques* et *cliniques* qui précèdent, si la démence précoce est une psychose *constitutionnelle* inhérente à l'individu, dont l'hérédité est la cause *nécessaire* et *suffisante* ou, au contraire, une psychose *accidentelle,* dont le développement est lié, non plus à la prédisposition, réduite alors au minimum, mais à des *facteurs étiologiques puissants* ou à des *lésions matérielles* brusquement ou progressivement constituées (Magnan).

On estimera sans doute que de l'*enquête étiologique* dont les résultats viennent d'être exposés, il est bien difficile de tirer des indications positives sur la *pathogénie* de la démence précoce ; il nous semble cependant que parmi les différents facteurs étiologiques admis par la généralité des auteurs, il en est deux, au moins, qui méritent de retenir l'attention.

Le premier, c'est que chez un assez grand nombre de déments précoces, il existe des antécédents héréditaires névropsychopathiques non douteux ; le second, que les causes accidentelles le plus communément invoquées, quoique portant des noms différents, sont toutes réductibles à un *processus d'auto-intoxication* dont le déterminisme n'a pu être à la vérité encore précisé, mais que l'âge auquel se développe dans le plus grand nombre des cas la maladie, permet de rattacher vraisemblablement à un trouble de la sécrétion des glandes sexuelles (testicules, ovaires) pour un certain nombre de cas (la grande majorité) et, pour les autres, à une insuffisance

fonctionnelle des glandes hépatiques, rénales, surrénales, thyroïde, etc.

De ces deux constatations la première, à nos yeux, signifie simplement qu'une *prédisposition* est indispensable au développement de la démence précoce.

A vrai dire, cette prédisposition aurait pu être admise *à priori ;* personne aujourd'hui ne mettant en doute qu'une sorte de consentement, d'*aptitude* — dirait le Professeur Joffroy — de l'organisme, est nécessaire pour qu'une maladie s'installe et persiste.

Dans la démence précoce, cette prédisposition pour les 2/3 des cas est fonction de l'hérédité, pour le dernier tiers on peut admettre, bien que le fait ne puisse pas toujours être mis en évidence, qu'elle a été réalisée par des maladies du premier âge, une hygiène défectueuse, etc. Cela étant, est-il possible d'aller plus loin et de soutenir par exemple que l'hérédité est la cause unique de la maladie ou, en d'autres termes, que la démence précoce est « une *psychose de développement* (Clouston) ou une *psychose dégénérative d'évolution* dans laquelle l'imperfection constitutionnelle, *substratum primordial et préexistant,* manifesterait sa fragilité sous l'influence et à un moment quelconque de la phase d'ascension de l'organisme ; elle prendrait place à ce titre parmi les *psychoses des dégénérés*[1] ».

Régis, auquel nous empruntons ces lignes, s'élève contre cette doctrine. Tous les déments précoces, dit-il, ne sont pas des dégénérés, tant s'en faut, et tous n'ont pas succombé dans la période, même agrandie, de leur accroissement évolutif.

Non seulement, ajouterons-nous, tous les déments précoces ne sont pas des dégénérés, mais c'est l'infime minorité d'entre eux qui peut prendre place dans cette catégorie de *malades ab ovo.*

Krœpelin a établi en effet, que dans 20 °/₀ seulement des cas, on constatait les manifestations de la tare dégénérative. De même pour Christian, les enfants qui doivent devenir des déments précoces ne se distinguent pas des autres ; ils ne présentent ni tics, ni perversion morale, ni bizarreries de caractère, etc.

1. — Régis : Notes à propos de la démence précoce, *in - Rev. de psychiâtrie,* 1904, p. 153.

D'autre part, le *niveau mental* de ces malades a été trouvé *normal* dans 66 °/o et *faible* dans 7 °/o des cas observés par Sérieux. Sur 100 hommes et 100 femmes atteints d'hébéphrèno-catatonie, Aschaffenburg déclare que 18 hommes et 13 femmes seulement avaient une *intelligence inférieure*, sans atteindre l'imbécillité (Sérieux).

Lévi-Bianchini est encore plus catégorique ; la démence précoce, d'après cet auteur, se développe dans la presque totalité des cas (90, 4 °/o) sur une *mentalité normale*.

Enfin, Magnan lui-même a reconnu, ainsi que nous l'avons signalé plus haut, que des sujets intelligents, dont l'*état mental avait été irréprochable pendant leur enfance et leur adolescence*, pouvaient sombrer rapidement dans la démence.

On peut donc considérer comme un fait acquis, que si la démence précoce se montre chez les dégénérés, c'est seulement dans un petit nombre de cas. Cette constatation ne porte nullement atteinte à la théorie de l'auto-intoxication ; les tares dégénératives — bien qu'on ait soutenu le contraire — s'observent aussi quelquefois dans la paralysie générale, et cependant, l'origine *accidentelle* de cette affection n'en est pas moins proclamée par la grande majorité des auteurs. La paralysie générale, a déclaré Magnan, est *la plus individuelle des maladies mentales*.

Nous avons dit, d'autre part, que de notre enquête étiologique résultait la notion que la *prédisposition, héréditaire* ou *acquise*, avait besoin d'être actionnée par des *causes accidentelles* pour réaliser le syndrome clinique de la démence précoce et nous avons émis l'hypothèse que, sous le couvert de masques divers (excès, surmenages, traumatismes, chocs moraux, épuisement, etc.), toutes ces causes, en apparence complexes, formaient un seul faisceau étiologique dont tous les éléments étaient sous la dépendance d'un même processus pathogénique.

L'*étiologie* est, à vrai dire, impuissante à nous renseigner sur la nature de ce processus, mais peut-être nous sera-t-il possible, en faisant appel à l'*anatomie pathologique* et à la *clinique*, de soulever un coin du voile qui le recouvre.

Un point qui semble actuellement à l'abri de toute contestation, c'est l'existence d'une *profonde altération de la cellule*

nerveuse et de ses prolongements dans tous les cas de démence précoce. On ne manquera pas de nous objecter que la lésion exclusive du neurone n'a pas, par elle-même, une signification absolue, qu'on l'observe dans tous les états démentiels et même dans beaucoup de psychoses.

A cette objection, nous répondrons que si la cellule nerveuse est lésée isolément, c'est qu'elle est le *terrain par excellence des réactions les plus délicates et les plus précoces aux imprégnations toxiques* (Dupré) et, d'autre part, qu'il n'est pas absolument démontré que les réactions défensives de l'organisme, qu'on a l'habitude d'observer dans tous les processus toxi-infectieux aboutissant à la mort de la cellule, fassent aussi complètement défaut dans la démence précoce que semblent le croire Klippel et Lhermitte.

Nous avons montré précédemment qu'Alzheimer, Nissl, Bridier et quelques autres auteurs avaient noté expressément l'existence de *lésions vasculaires*, et aussi, d'une *infiltration de l'écorce par des corpuscules ronds*, de dimensions variables, de nature névroglique ou leucocytaire, qui semblent jouer le rôle de neuronophages vis-à-vis de la cellule nerveuse.

Cette *prolifération de la névroglie* n'est, du reste, pas niée par Klippel et Lhermitte, mais ils la relèguent au second plan parce qu'elle était circonscrite et limitée ; nous ferons remarquer à ces auteurs que, si cette prolifération n'était pas plus abondante, il faut peut-être en chercher la cause dans la brusque interruption de l'affection par une maladie intercurrente. C'est du moins ce qui s'est produit pour les trois malades de notre service dont Klippel et Lhermitte ont examiné les centres nerveux.

Les renseignements cliniques sur la durée des accidents et la cause de la mort faisant défaut pour le quatrième malade appartenant au service de Pactet, les remarques suivantes s'appliquent uniquement aux trois premiers cas.

Or chez deux de ces démentes précoces il existait en abondance dans un cas, en plus petite quantité dans l'autre, *autour des vaisseaux et des cellules, quelques-uns à cheval sur leurs bords, des éléments ronds à noyau fortement coloré*, que Klippel et Lhermitte considèrent comme de nature névroglique. Névroglique ou leucocytaire, cette infiltration de l'écorce par des éléments ronds n'en est pas moins significative.

Le *rôle neuronophagique* de ces éléments nous semble ressortir clairement de leur situation autour des cellules, sur les bords desquelles ils empiètent quelquefois.

Dans un cas, il est vrai, il n'existait pas trace de prolifération névroglique, mais la malade chez laquelle on a constaté cette absence de lésions de la névroglie est précisément celle qui était la plus rapprochée du début des accidents ; elle n'était malade que depuis quatre mois et demi, tandis que les deux autres étaient dans le service, l'une depuis quatre ans (celle chez laquelle la prolifération de la névroglie était plus accentuée) et l'autre depuis dix-huit mois.

Il nous semble que cette particularité, dont Klippel et Lhermitte n'ont pas tenu compte, méritait d'être relevée.

Il ne faut pas oublier, en effet, que l'histopathologie actuelle de la paralysie générale, est tout entière fondée sur les résultats d'examens effectués le plus souvent à la période ultime de la maladie. Si ces examens portaient sur des cas récents, il n'est pas certain que les lésions des centres nerveux présenteraient le même caractère de généralisation. Inversement on peut supposer, que lorsque les autopsies de démences précoces se seront multipliées et que des examens histologiques répétés auront été pratiqués aux différentes périodes de la maladie, les lésions ne seront peut-être pas aussi systématisées que tendraient à le faire admettre les recherches de Klippel et de Lhermitte.

Après les réserves cliniques que nous venons de faire sur le matériel histo-pathologique, mis à la disposition de ces auteurs, il est peut-être un peu téméraire d'affirmer que dans la démence précoce « *la lésion localisée à l'un des tissus de l'encéphale demeure comme un fait indiscutable... et qu'il y a par là une lésion qui appartient à la démence précoce et non à certaines autres démences* ».

Dans l'état actuel de la question nous croyons inutile d'insister davantage, sur l'interprétation que sont susceptibles de recevoir des lésions dont le siège, la nature et l'étendue, prêtent encore à discussion.

Ce qu'il nous est seulement permis de retenir, en nous en tenant aux constatations les plus récentes, c'est l'analogie pour ne pas dire la complète identité de ces lésions avec celles de psychoses, dont l'origine toxi-infectieuse ne fait plus de doute

pour personne, comme la confusion mentale et la psychose polynévritique (G. Ballet).

Régis, dont la perspicacité est toujours en éveil, a déjà relevé le fait et, comme d'autre part, il existe de grandes analogies cliniques entre la confusion mentale et certaines formes ou plutôt certaines phases de la démence précoce, il a proposé d'englober cette dernière affection dans le cadre élargi de la confusion mentale.

A ses yeux cette conception comporte deux solutions, à coup sûr trop originales, pour que je résiste au plaisir de les reproduire ici :

« Dans la première, dit Régis, la démence précoce peut être considérée comme une *espèce particulière de confusion mentale*, à laquelle son *étiologie* le plus souvent *toxi-génitale*, son *époque climatérique d'apparition*, sa *symptomalogie catatonique, hébéphrènique* ou *délirante*, son *évolution*, enfin sa *gravité*, donnent un caractère à part. Ainsi conçue, la maladie ne fait que changer de nom et de place ; mais, *démence précoce* ou *confusion mentale*, elle reste un *tout morbide ayant sa vie propre* et conservant intacte la physionomie clinique que lui a attribuée l'École allemande contemporaine.

» Dans la seconde solution, la démence précoce n'est plus une *entité*, mais une *fin* morbide ; elle est la phase de chronicité de toute confusion mentale aiguë non guérie, particulièrement des confusions liées à l'époque du développement. Elle devient dès lors la *confusion mentale chronique*, analogue à la manie et à la mélancolie chroniques et susceptible, comme elles, de revêtir la forme simple ou la forme délirante, réalisant dans ce dernier cas une sorte de paranoïa systématisée secondaire post-confusionnelle. Elle est, en un mot, la *démence précoce actuelle amputée de ses phases aiguës du début*, qui ne lui appartiennent pas plus que l'accès initial de manie ou de mélancolie aiguës n'appartient à la manie ou à la mélancolie chroniques [1]. »

De ces deux solutions c'est à la seconde que Régis donne la préférence, ce qui ne laisse pas que de surprendre, mais je crois qu'au fond il n'y a entre nous qu'une question de mots.

Il n'est pas possible, en effet, que Régis ait songé sérieusement

1. — Régis : Notes sur la *démence précoce*, in-Rev. de psychiâtrie, 1904, p. 155.

à amputer la démence précoce de ses phases aiguës au profit de la confusion mentale, sous le prétexte que ces phases aiguës sont impossibles à distinguer des états de confusion mentale et qu'elles peuvent se terminer par la guérison.

La démence précoce serait ainsi réduite au rôle d'une simple *démence secondaire à la confusion mentale.* Autant vaudrait dire que la paralysie générale n'est, elle-même, qu'une démence secondaire, consécutive à la folie maniaque dépressive, parce qu'elle débute souvent par un accès d'excitation maniaque de tous points comparable à ceux de cette affection !

La vérité est ailleurs. Régis a démontré en trop bons termes les droits à l'*autonomie* de la démence précoce dans sa « première solution » pour l'avoir définitivement abandonnée ; tôt ou tard il y reviendra, et nous serons tout-à-fait d'accord le jour où il voudra bien reconnaître que la démence précoce est non pas une *fin morbide,* ni même un *commencement,* qu'elle est *un tout,* comme il l'a si bien dit, qu'elle n'a donc pas besoin de demander aide et protection à la confusion mentale, mais que, par contre, celle-ci, si elle veut continuer à vivre, devra redevenir, comme par le passé, une simple *démence aiguë* (précoce ou non).

Je sais bien que ce qui arrête mon ami Régis et avec lui de très bons esprits, c'est le mot de « démence » appliqué à une affection *curable,* mais la *paralysie générale vraie* aussi est *curable* (Kraft-Ebing, Schule, Magnan et Sérieux, etc.) dans des proportions, il est vrai, plus restreintes, et cependant elle n'en constitue pas moins le type des *affections démentielles d'emblée.*

De cette discussion un peu longue nous retiendrons seulement qu'il existe des affinités cliniques très étroites entre la confusion mentale et la démence précoce ; tenant compte d'autre part de l'identité des lésions histologiques qui caractérisent ces deux affections nous dirons, en nous appuyant à la fois sur l'autorité de G. Ballet et de Klippel que, d'ores et déjà, il semble qu'on soit en droit, au nom de l'anatomie pathologique, de distinguer la démence précoce des *folies dites dégénératives* et de la rattacher avec Krœpelin au groupe des *maladies mentales dues à une auto-intoxication.*

Après les considérations qui précèdent, on me pardonnera

d'être bref sur les arguments cliniques qui peuvent être invoqués à l'appui de l'*origine auto-toxique* de la démence précoce.

A considérer seulement la *lente évolution* de la maladie qui n'aboutit à la perte complète des facultés qu'après une série de *crises paroxystiques et de rémissions*, on ne peut se défendre de penser à l'intervention d'un processus toxique qui procède par poussées et n'envahit que progressivement, d'une façon inégale et intermittente, l'ensemble des territoires psychiques.

En faveur de cette hypothèse militent encore les *accès fébriles*, les *crises convulsives*, les *états cataleptoïdes*, etc., et dans le même ordre d'idées, les états de *confusion*, d'*engourdissement*, de *torpeur*, d'*onirisme*, et de *puérilisme*, qui donnent à la maladie un cachet si spécial. Mais comme il n'y a là, en réalité, que des présomptions, mieux vaut se cantonner sur le terrain anatomique.

Or l'histopathologie actuelle de la démence précoce, même réduite aux constatations de Klippel et Lhermitte, tend à faire admettre l'*existence d'une altération de la substance grise du cerveau, et principalement des zones d'association, par des poisons vraisemblablement d'origine glandulaire.*

Nous conclurons donc en disant *que la démence précoce, tout en restant soumise dans les mêmes limites que la paralysie générale à l'inéluctable loi de la prédisposition héréditaire et acquise est, au même titre et dans la même mesure qu'elle, une maladie fortuite et* ACCIDENTELLE.

CHAPITRE VII

Les Démences vésaniques en général.

Origine secondaire ou origine primaire des démences dites vésaniques. — Sous le nom de *Démences vésaniques* on désigne généralement les états d'affaiblissement permanent, progressif et définitif des facultés intellectuelles, morales et affectives, consécutifs aux psychoses.

Les démences vésaniques sont donc des affections essentiellement *secondaires,* et il semblerait, d'après cette définition, qu'on doive en décrire autant de types qu'il y a de psychoses pouvant les précéder.

Théoriquement vraie, cette proposition ne l'est plus pratiquement, parce que les démences consécutives ou secondaires finissent toutes à un moment donné par se ressembler et se confondre, au point qu'il devient très rapidement impossible de reconnaître l'affection initiale dont elles dérivent. Aussi se borne-t-on, en général, à étudier en bloc toutes les démences vésaniques, qu'elles soient secondaires à la *manie,* à la *mélancolie,* aux *psychoses dégénératives,* etc., de même que sous le nom de *démences névrosiques,* on réunit les états démentiels qui succèdent à l'*épilepsie,* à la *chorée,* etc.

Dans le récent traité de pathologie mentale de Gilbert Ballet Arnaud distingue seulement, suivant la période de la vie à laquelle elles apparaissent, deux formes, l'une *tardive* et l'autre *précoce,* de démence vésanique.

Si séduisante que soit cette conception qui, de l'ancienne entité morbide de Pinel et d'Esquirol, ne fait plus qu'un simple stade terminal des psychoses de l'âge mûr ou de la vieillesse (démence vésanique tardive), de la jeunesse ou de l'adolescence (démence vésanique précoce), nous ne croyons pas qu'elle corresponde à la réalité des faits et qu'elle puisse se concilier avec les idées nouvelles en psychiâtrie.

Nous avons déjà exposé les raisons qui nous empêchent d'envisager la démence précoce comme une affection secondaire ou consécutive à certaines psychoses, fût-ce même à la confusion mentale (Régis), et par conséquent d'admettre la théorie de la *démence vésanique rapide.*

La conception de la *démence vésanique tardive* est-elle plus justifiée ?

Dans l'état actuel des choses, le développement de cette *démence tardive* (type Arnaud-Ballet) ne peut guère se concevoir que comme résultant de la transformation d'un processus maniaque, mélancolique, etc... en un processus démentiel, qui se substitue peu à peu à lui et finit par le remplacer complètement.

Cette théorie est difficilement acceptable, car il n'y a véritablement pas plus de raisons pour croire à la métamorphose en démence d'une vésanie, qu'à celle d'une dyspepsie en cancer de l'estomac. La démence ne peut pas plus être le produit de la vésanie que le cancer de la dyspepsie : vésanie et dyspepsie peuvent être des effets, elles ne sont jamais des causes.

En présence d'une démence consécutive à une vésanie, d'un cancer succédant à une dyspepsie, l'hypothèse la plus rationnelle consiste à admettre que la vésanie et la dyspepsie, n'ont été que des accidents prémonitoires, des manifestations prodromiques d'affections préexistantes, dont l'incurabilité n'est devenue évidente que plus ou moins tardivement. La preuve de cette chronologie morbide est, à la vérité, difficile à fournir, mais à l'appui de l'origine *primaire* et non plus *secondaire* des démences dites vésaniques, on peut invoquer beaucoup d'autres considérations.

Nous rappellerons d'abord que toutes les psychoses ne sont pas également sujettes à verser dans la démence ; il en est même quelques-unes qui passent pour irréductibles et réfractaires à ce mode de terminaison : tels sont par exemple le *délire des persécutés-persécuteurs,* le *délire systématisé à bases d'interprétations fausses* de Sérieux et Capgras, la *paranoïa* (type Kræpelin) ; telles sont aussi les diverses *folies intermittentes, périodiques, circulaires, alternes,* à *double forme,* etc...

Les maladies mentales le plus souvent suivies de démence

sont au contraire la *manie* et la *mélancolie simples* ou *essentielles,* les *délires d'emblée ou polymorphes dits des dégénérés,* la *confusion mentale,* certains *délires systématisés,* etc...

Cette façon différente de se comporter vis-à-vis de la démence de la part de ces affections, a déjà frappé beaucoup d'observateurs et vaut qu'on s'en occupe.

S'il est vrai, — comme l'ont soutenu Christian à propos de l'hébéphrènie, Magnan au sujet du délire chronique et aussi Charpentier, au cours de la discussion sur la folie des dégénérés, — que les vrais héréditaires se font remarquer par leur longue résistance à la démence[1], on comprend que les *maniaques raisonnants,* les *persécutés-persécuteurs* et même les *fous périodiques,* puissent conserver pendant une longue suite d'années l'intégrité de leurs facultés intellectuelles, ces malades ayant tous, de l'avis général, une hérédité très lourde ; mais alors, on ne s'explique plus le passage à la démence des *psychoses dites dégénératives,* comme le *délire d'emblée* ou *polymorphe* et certains *délires systématisés aigus* ou *chroniques.*

On comprend encore moins, dans ces conditions, le célèbre aphorisme de Magnan et Legrain : « *les plus tarés des dégénérés sont candidats à une démence précoce soit primitive, soit post-délirante* » ; car d'un côté, nous voyons l'hérédité constituer une sorte de barrière à la démence, et de l'autre, la dégénérescence qui, depuis Morel et Magnan, se confond avec l'hérédité, réaliser une condition favorable au développement de cette même démence. Et ce qui n'est pas fait pour diminuer notre embarras, c'est que la manie et la mélancolie simples, qui ne sont plus des psychoses des *héréditaires* ou même des *dégénérés,* mais des simples *prédisposés,* évoluent assez fréquemment vers la démence.

En présence de ces contradictions déjà relevées par Vigou-

1. — « Si les héréditaires, dit, non sans malice, Charpentier, se font remarquer par leur résistance si longue à la démence, que faire alors des *démences précoces* observées chez les héréditaires ? » Et Magnan de répondre : « C'est bien simple, dans la majorité des cas l'état mental ne baisse pas, témoins les maniaques raisonnants, mais quelquefois, en effet, on voit se produire des démences précoces ; ce n'est pas une surprise, c'est un fait clinique constaté par tous les observateurs. » *(Ann. Méd. Psycholog., 1886,* t. II, p. 281.)

roux[1], on est conduit à se demander si l'immunité de certaines psychoses vis-à-vis de la démence et l'affinité de quelques autres pour ce mode de terminaison, ne sont pas susceptibles d'une autre interprétation, ou plutôt, si les rapports des vésanies avec leurs prétendues démences, ne doivent pas être envisagées sous un autre aspect.

Pour cela nous examinerons séparément les trois grands groupes d'états démentiels consécutifs : 1° *aux folies généralisées (manie, mélancolie,* etc.) ; 2° *aux psychoses dites des dégénérés (délire d'emblée, délire polymorphe, paranoïa aiguë,* etc.) ; 3° *aux folies systématisées chroniques.*

1° Démences consécutives aux folies généralisées. — Tous les auteurs sont aujourd'hui d'accord pour reconnaître que la *manie* et la *mélancolie* dites *essentielles* ne peuvent plus être considérées comme des entités morbides et que, par ces mots, on désigne de simples états syndromiques pouvant toujours être rattachés à la *folie maniaque dépressive,* à la *paralysie générale,* aux *folies toxiques,* à la *démence précoce,* à la *confusion mentale,* etc... Sur mille maniaques suivis pendant de longues années, dit Krœpelin, je n'en ai observé qu'un seul qui n'ait pas eu de récidives.

Le même auteur et, après lui, Sérieux, Capgras[2], etc., ont également établi que la mélancolie n'existait, en tant qu'affection autonome, que comme manifestation des *processus organiques d'involution sénile,* et que les états mélancoliques observés pendant la jeunesse ou l'âge adulte, étaient tous justiciables de la *folie maniaque dépressive* ou de la *démence précoce,* quand ils n'étaient pas liés à la *paralysie générale* ou aux *folies toxi-infectieuses.* La manie et la mélancolie perdant ainsi toute valeur en tant que types nosologiques, on voudra bien reconnaître qu'il ne saurait y avoir à proprement parler de *démences post-maniaques* ou *post-mélancoliques.*

1. — Vigouroux : *Contr. à l'étude de la démence précoce,* in-Ann. Méd. Psych., janvier 1894.

2. — Capgras : *Essai de réduction de la mélancolie en une psychose d'involution sénile.* Th. Paris, 1900.

2° Démences consécutives aux psychoses des dégénérés. — Y a-t-il lieu de conserver les *démences consécutives aux états dits dégénératifs,* décrits sous le nom de *délires d'emblée* ou *polymorphes,* de *paranoïa aiguë,* etc... ?

De l'avis de tous les auteurs, la terminaison habituelle de ces états serait la guérison. Nous n'y contredirons pas, mais il faut avouer que ces prétendues guérisons ne visent que l'épisode délirant et les troubles sensoriels qui l'accompagnent. Le plus souvent, les malades sortent de leurs accès délirants diminués intellectuellement. Voici comment s'exprime à ce sujet Tuczek : «.... à l'asile, la régularité monotone de l'existence, l'absence de besoins et d'excitants, le plan de conduite tracé d'avance, ne donnent guère à ces derniers éléments de l'activité psychique (jugement, initiative, sensibilité morale), l'occasion de se manifester. Aussi la vraie pierre de touche est-elle, en l'espèce, la vie en liberté aux prises avec les devoirs, les difficultés et les tentations de la vie sociale. On constate alors que bien des malades, en apparence guéris, ont en réalité gardé de leur psychose un déficit mental plus ou moins prononcé [1] ».

Comme d'autre part le niveau mental de ces malades déjà faible congénitalement, était inconnu du médecin qui les traite, ce déficit passe inaperçu, et alors deux éventualités peuvent se produire : ou les malades quittent l'asile pour y rentrer bientôt avec des accidents analogues aux premiers qui, eux-mêmes, disparaissent à leur tour, et ce n'est souvent qu'après trois ou quatre paroxysmes délirants, dont on méconnaît du reste les liens de parenté, que l'état démentiel éclate à tous les yeux ; ou bien, les accalmies ne sont pas assez franches pour que le malade quitte l'asile, et au bout de quelques semaines ou de quelques mois, les manifestations délirantes se reproduisent et évoluent pour ainsi dire d'une seule traite vers la démence définitive et incurable.

Dans les deux cas, il ne s'agit donc pas réellement d'une *démence secondaire* ou *terminale,* mais d'une *démence primaire, protopathique, précoce,* momentanément masquée par des phénomènes délirants : ceux-ci sont sujets à des rémissions et peuvent même disparaître tout comme dans la paralysie géné-

1. — Tuczek : *Conception et signification de la démence.* Analys. in-Journ. de Psychologie, 1904, n° 3.

rale, mais le déficit mental sur lequel ils sont greffés est permanent et s'accentue progressivement, pour aboutir au bout de plusieurs années à la perte complète de l'intelligence[1].

Parfois, du reste, les caractères cliniques de ce déficit intellectuel, qui s'affirme par des *actes baroques,* des *tics,* des *stéréotypies,* du *négativisme,* du *collectionisme,* des *soliloques,* de la *verbigération,* etc., ne laissent aucun doute sur son origine démentielle.

3° Démences consécutives aux délires systématisés chroniques hallucinatoires. — Restent les *délires systématisés chroniques.* Beaucoup d'auteurs estimaient autrefois que ces psychoses ne se terminaient jamais par la démence. On se rappelle l'opposition qu'a rencontrée Magnan pour faire accepter la période démentielle de son délire chronique. L'effacement du délire, sa cristallisation, l'indifférence des malades, étaient mis sur le compte de leur long internement et de l'inutilité reconnue par eux de leurs affirmations délirantes (Séglas).

Ces faits ne sont plus aujourd'hui envisagés de la même façon : il est nombre de cas, dit Séglas, en parlant des délires systématisés, surtout des *variétés dites hallucinatoires,* qui arrivent à une *démence véritable* bien qu'incomplète et de caractères particuliers. Sérieux et Masselon admettent également que les *délires systématisés hallucinatoires* aboutissent plus ou moins tardivement à l'affaiblissement intellectuel ; mais, sans se prononcer d'une façon catégorique, ces auteurs hésitent cependant à faire rentrer les états d'affaiblissement intellectuel consécutifs aux délires systématisés hallucinatoires dans la variété paranoïde de la démence précoce. Pour nos collègues, il s'agirait bien là d'une *démence secondaire meta* ou *post-vésanique.* — Voilà en somme à quoi se réduirait le vaste groupe des démences vésaniques que tous les auteurs font encore figurer dans leurs classifications.

1. — Tous les auteurs admettent, et nous-même l'avons signalé plus haut, que la marche de la démence précoce est souvent interrompue par des rémissions qui passent souvent pour des guérisons. La maladie, dit Darcanne, procède quelquefois par accès. Ces accès durent plus ou moins longtemps ; ils cessent et l'on parle de guérison. En réalité, cette prétendue guérison n'est qu'une simple rémission qui pourra se reproduire une ou plusieurs fois. — Darcanne : Th. Paris, 1904, p. 116.

Doit-on se ranger à l'opinion de Séglas et de Sérieux, ou adopter celle de Krœpelin qui soutient que toutes les *variétés hallucinatoires de la paranoïa,* y compris le *délire chronique de Magnan,* doivent être considérés, au moins à titre provisoire, comme appartenant à la *démence précoce?*

En ce qui nous concerne, nous nous sommes déjà expliqué ailleurs sur cette question, nous n'y insisterons donc pas. Voici cependant quelques-uns des arguments qui peuvent être invoqués en faveur de la théorie de Krœpelin.

Pour juger du niveau intellectuel des malades atteints de délires systématisés chroniques, il faut étudier le contenu de ces délires qui, comme on le sait, est presque toujours à base *d'idées hypochondriaques, de persécution ou de grandeur.*

Or, de l'avis de tous les auteurs, de semblables idées ne peuvent se développer qu'à la faveur d'un affaiblissement congénital ou acquis, temporaire ou permanent, des facultés ; leur fréquence, en dehors de la folie systématisée, chez les imbéciles, les débiles et les déments de toutes espèces, le prouve suffisamment, pour que nous n'ayons pas besoin de nous arrêter sur ce point. Il est vrai que les mêmes auteurs insistent à l'envi sur les caractères différents que présentent ces idées, dans les affections que nous venons de citer (imbécillité, débilité mentale, paralysie générale, etc.) et dans la paranoïa.

Pour démontrer la conservation relative de l'activité intellectuelle chez les paranoïaques, on invoque surtout la systématisation de leur délire ; leurs conceptions fausses, dit-on, s'enchaînent et se relient les unes aux autres ; seul, le point de départ de ces conceptions repose sur une fiction, mais celles-ci sont logiquement déduites les unes des autres, et on en conclut à l'intégrité des facultés syllogistiques de ces malades.

En réalité, la systématisation des idées chez ces sujets est loin d'être aussi inattaquable qu'on l'admet généralement (je rappelle qu'il ne s'agit ici que des variétés hallucinatoires de la paranoïa), l'échafaudage en est le plus souvent fragile et chancelant ; mais, en admettant même le parfait agencement de ces échafaudages délirants, il est bien évident qu'ils ne peuvent s'édifier qu'à la faveur d'une *crédulité* et d'une perte complète de la *faculté auto-critique,* qui sont les témoins irrécusables d'un affaiblissement préalable des facultés.

Mais cet affaiblissement, dira-t-on, est congénital, il n'est pas acquis, il n'est donc pas démentiel ? Il est probable qu'en réalité il est l'un et l'autre. En tout cas Magnan a signalé l'existence de délires systématisés, en apparence purs de tout mélange, chez des paralytiques généraux. Son élève Pécharman a également relevé plusieurs cas de délire systématisé chez les vieillards, c'est-à-dire chez des sujets dont le cerveau est en voie de régression athéromateuse. Délire systématisé et démence ne peuvent donc pas être considérés comme deux termes ennemis, contradictoires (MAGNAN).

D'autre part, la superposition si fréquente des idées de grandeur aux idées de persécution chez les paranoïaques, n'est-elle pas la preuve irrécusable des progrès de leur amoindrissement intellectuel ? Et la *cristallisation* elle-même de leurs conceptions délirantes, qui tournent dans un cercle de jour en jour plus étroit, se reproduisent constamment identiques à elles-mêmes, qui sont *stéréotypées,* comme on disait autrefois, ne constitue-t-elle pas un nouvel argument à l'appui de la thèse que nous défendons ? La *stéréotypie délirante* des délirants chroniques est évidemment un phénomème du même ordre que la *stéréotypie verbale* des déments précoces ; cette répétition monotone des mêmes mots dans un cas, des mêmes idées dans l'autre, ne peut être que le fait d'un effacement progressif des images mentales et de la fixation isolée, automatique, de quelques-unes seulement d'entre elles dans le champ de la conscience (MASSELON), ce qui revient à dire que la démence est le *substratum* de ces stéréotypies.

Il y a encore une série d'autres caractères cliniques qui permettent de rapprocher les délirants systématisés chroniques des déments précoces ; il me suffira de rappeler les *gestes baroques,* les *tics de toutes espèces, les stéréotypies,* les *néologismes,* les *monologues,* et toute la série des prétendues réactions de défense ou de protection si fréquentes chez tous ces malades, et qui ne sont, en réalité, que des manifestations démentielles. Comment qualifier autrement l'acte de ce soi-disant hypochondriaque qui, d'après Morel, avait pris l'habitude de tenir constamment son pénis dans la main [1], parce que « *sans cela son*

1. — MOREL : *Maladies mentales,* 1860, p. 705.

existence eut été compromise » ; et la réponse de ce lypémaniaque qui, interrogé sur la cause des gémissements qu'il poussait du matin au soir, disait que « *c'était pour maintenir son allure* ». « *Maintenir son allure,* s'écrie avec enthousiasme Morel, *voilà bien une phrase propre à un hypochondriaque, un spécimen de ce langage particulier qu'ils se créent et auquel j'ai fait allusion plus haut*[1]. »

Nous croyons être plus près de la vérité en disant modestement, que cette phrase était aussi dépourvue de signification pour celui qui la prononçait que pour nous, et qu'à elle seule, elle suffisait pour affirmer un état démentiel, sur l'existence duquel, la lecture de l'observation publiée par Morel ne laisse du reste aucun doute[2].

Telles sont les principales raisons qui nous semblent justifier l'introduction dans le cadre de la *démence précoce,* de la plupart des *délires systématisés hallucinatoires chroniques.*

Ajoutons enfin, que la terminaison constante de ces délires par une démence totale, peut encore être invoquée en faveur de la doctrine de Krœpelin. Si celle-ci rencontre encore une si grande opposition, c'est qu'au dire de certains auteurs il s'écoulerait un temps parfois considérable entre le début du délire systématisé et le moment où la démence fait son apparition ; il y a là une équivoque qui disparaîtrait, si tout le monde s'accordait pour donner au terme de démence la même valeur.

1. — Morel : *Maladies mentales,* 1860, note de la p. 302.

2. — « Lorsque je l'observai pour la première fois, dit Morel, en parlant de ce malado entré à 28 ans à Maréville, sa figure exprimait déjà une grande concentration. Ses yeux à demi-fermés, le rapprochement de ses sourcils, sa tête inclinée sur sa poitrine dénotaient le lypémaniaque. Ses réponses étaient justes et précises, mais brèves, et encore terminait-il ses phrases par un profond gémissement. Lui demandait-on la cause de ces gémissements, il répondait qu'il devait agir ainsi pour *maintenir son allure.*

La nuit, son anxiété augmentait encore, il réveillait ses camarades ; on dut l'isoler, et dans l'asile il n'était connu que sous le nom de *Gémisseur.* Jean-Baptiste était un travailleur infatigable; il se rendait au travail en courant, et en revenait de même ; une de ses mains était appuyée sur la région coccygienne, et de l'autre bras il opérait des mouvements latéraux très multipliés. Toutes ces manœuvres avaient pour but d'empêcher ses ennemis d'entrer dans son corps, et il n'avait pas d'autres moyens de maintenir son allure. Mais il arriva une époque où cet état de lypémanie atteignit son paroxysme. Jean-Baptiste ne gémissait plus, il poussait de véritables mugissements.

Je l'ai fait représenter dans sa position favorite. Il est assis, la tête penchée sur la poitrine, avec une de ses mains il tord sa blouse, son pied droit est tendu,

Après Claus je rappellerai que le mot *Dementia* en allemand a une signification moins absolue que celle qu'on lui attribue en France, et que dans la 6e édition du traité de Krœpelin, le terme de démence est remplacé par celui de « *Schwachsinn* » qui signifie simplement *faiblesse d'esprit.*

En médecine mentale, plus peut-être encore que dans les autres branches de la médecine, il est nécessaire de définir exactement les termes que l'on emploie. Comme tous les processus, celui de la démence a un commencement, un milieu et une fin. En France, on a pris peu à peu l'habitude de réserver le mot démence pour désigner exclusivement la phase ultime des déficits intellectuels. En bonne logique, ce terme doit s'appliquer également aux phases initiales de ces déficits, lacunaires ou globaux, permanents ou progressifs, quelle que soit par ailleurs la subtilité que réclame leur constatation ; et cela, jusqu'au jour où les progrès de l'anatomie pathologique nous permettront de faire, pour le syndrome clinique de la démence, ce qui a été si heureusement réalisé par les remarquables travaux de Bourneville et de quelques autres auteurs, pour le syndrome clinique de l'idiotie.

Démences vésaniques ou démences organiques. — En s'appuyant sur ces considérations purement cliniques, on serait donc en droit de nier aujourd'hui l'existence des *démences*

et de son talon il frappe le sol. Ce mouvement de frapper est en harmonie avec le rythme de ses mugissements, et que l'on ne croie pas qu'il y a chez ce malheureux une interruption à un état pareil ; il mugit en mangeant, il mugit avant de s'endormir, et il ne s'interrompt que pour faire grincer ses dents de la façon la plus pénible. Arrivé au dernier degré du marasme, nous sommes obligé de l'aliter. Il ne mange plus qu'avec la plus grande difficulté ; ses extrémités inférieures sont infiltrées ; sa poitrine est resserrée par le défaut d'inhalation d'une quantité d'air suffisante ; ses poumons ne fonctionnent pour ainsi dire plus que d'une manière imperceptible, son corps est couvert de plaies ; quand il ne peut plus déchirer ses vêtements, il se lacère la peau. Il meurt enfin après avoir été quatre années entières dans la même situation. Jusqu'au dernier instant cet infortuné conserva le souvenir de sa famille. Trois jours avant sa mort, il écrivit d'une main défaillante à son père une lettre dont voici quelques phrases : « Je gémis » toujours pour maintenir mon allure. — J'ai bien peur de mourir, et je ne puis » vivre. — Ces Messieurs ont fait ce qu'ils ont pu, les autres sont les plus forts, etc. » MOREL : Ét. cliniques.

Les *éclaircies lucides* auxquelles il est fait allusion dans ces dernières lignes, lorsqu'elles se produisent dans les derniers jours de la vie, ne plaident pas, comme on pourrait être tenté de le croire, contre le diagnostic de démence précoce. Beaucoup d'auteurs les ont signalées, Meeus en a rapporté un cas très démonstratif et j'en ai observé moi-même un exemple.

vésaniques ou *secondaires,* mais d'autres raisons peuvent encore être invoquées en faveur de cette thèse.

Depuis longtemps, l'anatomie pathologique avait devancé sur ce point la clinique, en établissant l'existence dans tous les cas de démences chroniques, de lésions matérielles de la corticalité cérébrale, et en montrant que l'intensité de ces lésions était toujours en rapport avec la gravité des symptômes : il est donc bien difficile, pour tout esprit non prévenu, de ne pas admettre un rapport de causalité entre ces lésions et le tableau symptomatique de la démence.

Pierret, le premier en France, a soutenu cette doctrine qui a été confirmée depuis par un grand nombre d'observateurs.

La démence, quelle que soit son origine, dit Nissl, a toujours un *substratum anatomique objectivement démontrable :* toutes les démences sont donc foncièrement *organiques,* et diffèrent seulement entre elles, par le degré d'intensité du processus de destruction cellulaire du cortex.

A la vérité, Klippel et Lhermitte ont essayé récemment d'établir une ligne de démarcation entre les *démences organiques* et les *démences vésaniques,* en se fondant sur la différence de localisation des lésions respectives de ces deux groupes d'états démentiels.

D'après cette théorie, « les *délires* et les *démences* dites *organiques* auraient pour caractère anatomique d'atteindre l'ensemble des tissus qui composent l'encéphale et à côté des lésions du neurone et de la névroglie (tissu neuro-epithélial), d'entraîner celle des éléments vasculo-conjonctifs (leucocytes, endothéliums vasculaires, cellules conjonctives).

» Les *délires* et les *démences vésaniques* seraient liés aux lésions dites fonctionnelles et à l'atrophie du neurone, tandis que les autres tissus de l'encéphale, à part parfois la névroglie, ne participeraient pas aux lésions[1] ».

On remarquera qu'à cette différence de siège des altérations, ne correspond aucune différence de nature. Il s'agit toujours de lésions destructives avec désintégration plus ou moins complète de la cellule, mais tandis que l'élément noble est seul intéressé

1. — Klippel et Lermitte : *Anat. Path. et Pathogénie de la démence précoce,* in-Revue de psych., 1904, n° 2.

dans un cas, dans l'autre, sa gangue vasculo-conjonctive participe au processus.

Dans ces conditions, est-on réellement fondé à séparer aussi nettement des affections qui reconnaissent un même substratum ne différant que par son étendue ? D'autres répondront, et pour commencer, voici déjà l'opinion du professeur Pierret sur la question : « De toutes les lésions observées au cours des démences, écrit son élève Bridier, la plus constante est celle de la *cellule corticale.* Il ne s'agit pas seulement d'une lésion banale telle que la chromatolyse, mais de la destruction de l'élément et de son remplacement par des amas de noyaux ou tout au moins par une dégénérescence granulo-pigmentaire », et plus loin : « *au point de vue anatomo-pathologique, on ne peut faire de distinction entre les démences organiques et les démences vésaniques*[1] ».

La clinique nous ayant déjà fourni la même réponse, c'est à cette conclusion que nous nous rallierons, d'autant plus qu'elle est basée non pas sur l'examen de quelques cas de démence précoce, comme celle de Klippel et Lhermitte, mais sur un ensemble de faits comprenant les principaux types de démences classiques, y compris les anciennes démences aiguës curables d'Esquirol (confusion mentale, stupidité, etc...), que je n'ai pu étudier ici, sous peine de passer en revue toute la pathologie mentale.

Abstraction faite de ces démences aiguës, nous avons essayé d'établir que l'ancien groupe disparate et hétérogène des *démences dites vésaniques* ou *secondaires* ne pouvait plus être maintenu dans les classifications psychiâtriques ; parmi ces démences, il en est d'abord plusieurs qui doivent forcément disparaître, puisque les psychoses dont elles constituaient le stade terminal ont perdu leur autonomie ; telles sont les démences consécutives aux folies simples, la *démence maniaque,* la *démence mélancolique,* etc. Quant aux deux autres groupes de *démences vésaniques,* celles qui sont consécutives aux prétendues *psychoses dégénératives,* aux *délires systématisés aigus* ou *chroniques* (variétés hallucinatoires), etc., elles ressortissent toutes aux différentes formes de la *démence précoce,* et, par

1. — Bridier : *Anat. Path. des démences,* Th. Lyon, 1902, pp. 90 et 95.

conséquent, appartiennent à la catégorie des *démences primaires.*

Ainsi se trouve vérifiée, contrairement à l'opinion récemment formulée par Serbsky [1], la prévision exprimée au début de ce rapport que la reconnaissance, comme entité morbide de la démence précoce, aurait pour conséquence de bannir de la nomenclature les anciennes folies simples et la plupart des psychoses dites de dégénérescence, ainsi que les *démences vésaniques* ou *secondaires.*

Défalcation faite des *démences toxiques* et des *démences névrosiques* qui ne rentrent pas dans le cadre de ce travail, on pourrait, en s'appuyant sur ces données, essayer de grouper au moins provisoirement les *démences organiques* (y compris les anciennes démences vésaniques) en deux grandes classes : celles qui sont dues à des *lésions circonscrites, solitaires* ou *multiples,* et celles qui reconnaissent pour cause des *lésions diffuses et généralisées d'emblée ;* cette seconde classe pourrait elle-même être subdivisée en deux groupes, à la vérité artificiellement séparés, suivant qu'il s'agit de *lésions aiguës* ou *chroniques, réparables* ou *destructives.*

Ce classement permettrait de réserver une place aux *anciennes démences aiguës curables* [2] qui, nées dans notre pays, ont au moins autant de peine aujourd'hui à s'y acclimater que la démence précoce.

1. — W. Serbsky : *Contribut. à l'étude de la démence précoce.* Ann. Méd. Psych., nos de novembre 1903, janvier et mars 1904.

2. — A propos de cette curabilité, voici comment s'exprime Bridier : « Si les cellules ne sont pas profondément altérées comme structure, si même elles persistent en nombre suffisant, tout atteintes qu'elles soient, ces altérations pourront ne se révéler en clinique que par le syndrome confusion mentale simulant plus ou moins la démence; dans ce cas, une réapparition ultérieure de l'intelligence sera possible. L'état démentiel, au contraire, se rattache à la mort cellulaire. — Bridier : *Anat. Path. des démences,* Th. Lyon, 1902, p. 90. — Voir aussi le mémoire de Kovalewski sur *la curabilité de la démence,* in-Ann. méd. Psycholog., juillet 1886.

TABLE DES MATIÈRES

Les
Localisations des Fonctions motrices de la Moelle épinière

PAR

le Dr F. SANO

Médecin des Hôpitaux Civils d'Anvers,
Membre Correspondant Étranger de la Société de Neurologie de Paris
et de la Société Médico-Psychologique de Paris.

LIMINAIRE

1. — Les corrélations morphologiques et fonctionnelles de nos organes répondent à des lois générales que l'anatomie comparée et l'embryologie nous décèlent. Ces lois nous offrent le précieux avantage d'éclairer avec intensité et de coordonner sans effort les détails de structure et les moindres rapports physiologiques, objets de nos études. Elles expriment également la synthèse de nos connaissances et elles dirigent les investigations nouvelles.

2. — Toujours la spécialisation fonctionnelle et la différenciation anatomique sont intimement corollaires l'une de l'autre. Dans le système nerveux nous comprenons, sous la dénomination de *localisation,* l'aspect aussi bien dynamique que statique de l'adaptation d'une partie de ce système à un rôle déterminé.

3. — *a)* A quel degré les fonctions motrices de la moelle épinière sont-elles localisées ?

b) Connaissons-nous suffisamment de territoires nettement

délimités pour pouvoir donner un aperçu topographique d'ensemble ?

c) De l'ordonnance des localisations motrices dans la moelle épinière, ressort-il des indications générales sur les rapports qu'elles affectent entre elles et les concordances qu'elles présentent avec les organes périphériques innervés ?

4. — Une double appréhension me préoccupe en écrivant cette étude. Des années de recherches et de lecture ont donné, à ceux qui se sont occupés de ces problèmes, la conviction qu'il existe dans la moelle des dispositions du plus haut intérêt liées, sans conteste, aux fonctions motrices. J'y vois régner une grande et constante simplicité, dont les preuves matérielles ne sont pas toujours aisées à recueillir, mais qui s'annonce, éclatante, à l'horizon de nos labeurs. Arriverai-je à vous convaincre, ou tout au moins à vous intéresser ?

Mes moyens sont limités, et mon infériorité apparaîtra d'autant plus que je m'adresse à l'élite scientifique d'une nation qui sut conserver à ses travaux le privilège d'une clarté de conception universellement reconnue et admirée.

A. — HISTORIQUE

5. — Pour Ch. Bell, la structure du système nerveux est fibrillaire et par là même essentiellement disposée pour garantir les localisations fonctionnelles. Ce savant établit une distinction expérimentale, nette, entre la fonction motrice et la fonction sensitive (1811).

Bartolomeo Panizza conclut de ses recherches expérimentales que toutes les racines motrices d'un plexus ont une fonction commune ; elles sont solidaires entre elles, mais capables chacune de maintenir l'intégrité fonctionnelle (1834).

Les travaux de Kronenberg, de Müller et Van Deen ne firent que confirmer ces conclusions.

Johan Müller résume ainsi l'état de la question : « Le but des plexus nerveux semble être, par rapport aux nerfs moteurs, de conduire à chaque nerf des fibres provenant de différents points du cerveau et de la moelle épinière (1840).

Cette première période ébauche le problème des localisations motrices radiculaires.

6. — Peyer, plus précis que ses devanciers, sectionna les racines et les excita ensuite électriquement. Il donne déjà pour chaque racine les muscles innervés par elle. Il conclut qu'un muscle reçoit son innervation de plusieurs racines. Les nerfs ne se réunissent pas en faisceaux extenseurs ou fléchisseurs, mais ils se groupent d'une façon beaucoup plus complexe. Les muscles les plus rapprochés de la main dépendent des segments les plus rapprochés du premier segment dorsal. Dans une seconde série d'expériences il sectionne toutes les racines sensitives, sauf une, puis il tâche d'obtenir des réflexes par excitation périphérique ; il conclut que le territoire innervé par une racine sensitive correspond, approximativement, à la peau qui recouvre les muscles innervés par la racine motrice de même nom (1854).

Krause confirma par ses dissections et ses analyses anatomo-pathologiques les recherches de physiologie expérimentale de

Peyer. Il étudia les plexus en les dissociant après macération. Il sectionna des racines et étudia dans les plexus et les nerfs périphériques la marche de la dégénérescence Wallérienne. C'est ainsi que, chez le singe, il ne trouva pas de dégénérescence dans le cubital et le médian après section de la 6me et de la 7me racine motrice. Il en conclut que les muscles de la main reçoivent leur innervation du 8me segment cervical et du 1er dorsal, comme Peyer l'avait avancé (1865-1868).

En sectionnant transversalement la moelle, Masius et Vanlair arrivèrent à cette conclusion qu'à chaque racine correspond un centre réflexe médullaire. Ils délimitèrent exactement la hauteur des noyaux d'innervation des membres chez la grenouille (1870).

Ces recherches sont d'une objectivité consciencieuse, elles n'empruntent pas encore aux théories physiologiques pures de l'époque suivante l'empreinte d'une imagination quelquefois trop fertile.

Il en ressort clairement qu'il doit exister des localisations radiculaires motrices à topographie constante et que les méthodes employées, notamment celle de la dissection patiente et celle des dégénérescences Walleriennes, peuvent suffire à leur découverte. C'est encore vrai aujourd'hui.

7. — Une nouvelle période est inaugurée par les remarquables travaux de Vulpian. Ce maître, à la mémoire duquel nous aimons à rendre ici un hommage d'autant plus justifié que nous voyons ses plus brillants élèves participer à l'organisation de ce Congrès, ce maître incomparable a su ouvrir à l'étude des localisations médullaires toute l'étendue des régions sur lesquelles elle s'exerce encore actuellement. Ce n'est plus la délimitation purement *extérieure* des localisations, c'est leur raison d'être même, due à la structure de la substance grise et des faisceaux médullaires que nous devrons soumettre au contrôle de l'examen microscopique.

C'est donc avec Dickinson, Vulpian plus particulièrement, Zach, Johnson et Lockhart Clarke, Troisier, Prévost et David, plus tard avec Hayem, et expérimentalement avec von Gudden et ses élèves, et Hayem, que le problème prend une allure toute nouvelle : il s'agit de délimiter les territoires moteurs dans la substance grise de la corne antérieure (depuis 1868).

Cependant les études anatomopathologiques des moelles d'amputés ne confirmèrent, que très approximativement dans leur ensemble, les données expérimentales obtenues par les méthodes physiologiques.

Il faut lire le travail de Vanlair, écrit en 1891, pour voir à quelles divergences de vues on avait abouti. Aucune conclusion suffisamment précise ne découlait encore de ces premiers essais.

8. — Dès lors ce furent les conceptions habiles des physiologistes qui restèrent le plus en honneur.

A l'opinion de Johan Müller fit place celle de Remak, d'après lequel les muscles, dont l'action est synergique et qui sont en relation fonctionnelle, reçoivent leur innervation d'une même région médullaire. Les racines président à des mouvements combinés (1876-1879).

Sous une forme plus frappante encore Ferrier et Yeo admirent une théorie fonctionnelle, basée sur les résultats obtenus par les excitations faradiques des racines.

L'excitation des racines ne produit pas, disent-ils, des contractions isolées des différents muscles, mais une *synergie fonctionnelle* d'un ordre très élevé, comme Remak l'a déjà soutenu.

Les muscles sont innervés dans la plupart des cas par plusieurs troncs nerveux, d'où il ressort que les réunions plexiformes des différentes racines ont pour but de distribuer dans les nerfs les fibrilles motrices qui innervent les différents muscles participant à chaque combinaison fonctionnelle. C'est l'ancienne idée de Müller adaptée aux connaissances nouvelles.

La section d'une racine n'amènera donc pas nécessairement la paralysie d'un certain nombre de muscles, mais l'abolition des mouvements coordonnés auxquels elle préside. Cependant il est clair que la parésie s'accentuera à mesure que l'on sectionne plus de racines et que l'on supprime ainsi plus de mouvements coordonnés possibles. C'est en ce sens que l'idée de Panizza peut être justifiée.

Ferrier et Yeo admettent donc que les renflements cervical et lombaire, contiennent des centres hautement différenciés qui président à des mouvements coordonnés avec précision, différents suivant le rang et les habitudes de chaque espèce animale. C'est ainsi, par exemple, que, chez le singe, l'excitation de la

5[me] racine cervicale produit le mouvement de la main portée à la bouche, celle de la 6[me] le mouvement qui consiste à porter la main au pubis, ou, lorsque la main est fixée, d'élever le corps sur une branche ou un trapèze. L'excitation de la 7[me] racine c. produit le mouvement scalptor ani, etc... (1881).

Ces résultats furent confirmés par les expériences de Paul Bert et de Marcacci (1881). En résumé, ces diverses expériences semblaient montrer que lorsque sur certains animaux (singe, chien et chat) on coupe ou on excite électriquement une paire nerveuse, on paralyse ou on excite un groupe de muscles concourant à produire un mouvement synergique et non certains muscles isolés fonctionnellement.

9. — Malgré ces théories physiologiques, les auteurs cherchaient déjà à réunir en des tableaux synthétiques les muscles innervés par chacune des racines. Ferrier et Yeo, Sherrington, Russel et plus tard Beevor, Huglings Jackson, Allen Starr, Thorburn, Horsley, Gowers ont suivi cette tendance que le professeur Forgue a de bonne heure indiquée comme la meilleure et même la seule admissible, se mettant, avec raison, en opposition directe avec les idées régnantes il y a une vingtaine d'années.

Nous aurons à revenir sur les divergences qui séparent les tableaux des auteurs. Celui d'Allen Starr est le plus répandu, le plus admis, mais il me paraît que celui de Gowers est encore le plus clairement disposé.

Nous y remarquons que d'une manière générale les muscles sont innervés par au moins deux racines, que les faisceaux nerveux innervant les muscles des membres ont une localisation d'autant plus caudale qu'ils se trouvent plus en situation distale et postérieure (le rebord cubital du bras étant philogénétiquement plus bas et plus postérieur que le rebord radial).

Relations approximatives des nerfs spinaux avec les fonctions motrices de la moelle épinière (d'après Gowers, 1886).

	Racines motrices :		
	1	Courts rotateurs de la tête.	
	2		
Sternomastoïdeus,	3	Levator ang. scap.	
muscles supérieurs du cou,	4		
trapezius, partie supérieure.	5	Diaphragma.	Muscles de l'épaule.
		Serratus, fléchisseurs du coude, supinateurs.	
	6		
	7	Extenseurs du poignet et des doigts.	
Muscles inférieurs du cou,	8	Extenseurs du coude, fléchisseurs du poignet et des doigts, pronateurs.	
trapezius, partie moyenne.	1	Muscles de la main.	
	2		
	3		
	4		
	5		
Trapezius, partie inférieure,	6	Intercostales.	
	7		
	8		
muscles du dos.	9		
	10	Muscles de l'abdomen.	
	11		
	12		
	1		
	2		
Muscles lombaires.	3	Cremaster, fléchisseurs du fémur.	
	4	Extenseurs du fémur, adducteurs du fémur.	
Peroneus longus, fléchisseurs du pied,	5	Extenseurs et adducteurs du fémur.	
extenseurs du pied.	1	Fléchisseurs du genou.	
	2	Muscles intrinsèques du pied.	
	3	Muscles du périnée et de l'anus.	
	4		
	5		
	C°		

10. — Nous avons dit que l'examen des moelles d'amputés n'avait donné que des résultats contradictoires. Cependant les auteurs qui, à la suite de Vulpian, ont examiné des moelles de ce genre nous ont laissé des documents figurés du plus grand intérêt parce qu'ils confirment les recherches actuelles. Plusieurs de ces auteurs avaient vu, avec beaucoup de clarté, quelles

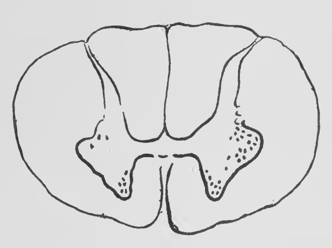


Fig. I.

Coupe au niveau du 8me segment cervical dans un cas d'atrophie de l'héminence thénar.

(Prévost et David, 1874.)

Fig. II.

Coupe au niveau du 7me segment cervical dans un cas d'amputation de l'avant-bras.

(Hayem et Gilbert, 1884.)

Pour rendre les figures I et II comparables entre elles et à la fig. III nous avons entouré les figures originales du contour de la moelle.

ressources nous offrent ces cas et il importe de rappeler que, dès 1884, Hayem et Gilbert donnaient l'interprétation exacte de la pathogénie des lésions en écrivant : « Nous pensons qu'un traumatisme portant sur la continuité d'un nerf peut déterminer directement dans la moelle des phénomènes irritatifs du côté des cellules. Le cylindre-axe, en effet, étant une simple émanation des cellules de la moelle.... »

Nissl fit dix ans plus tard la vérification expérimentale rapide de cette interprétation et nous donna une méthode nouvelle, dont la précision et la finesse sont évidentes, et qui nous permet de dissocier les unités fonctionnelles d'un ou de plusieurs centres sans intervenir directement ni chirurgicalement sur ceux-ci.

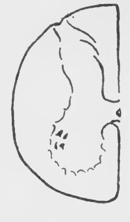


Fig. III.
3[me] segment lomb.

Cellules qui doivent être en rapport avec le quadriceps femoris.

(Hammond, 1894.)



Fig. IV.
10[me] segment dorsal.

Cellules qui innervent les muscles abdominaux.

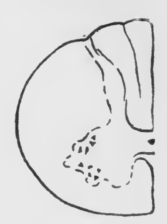


Fig. V.
Partie cervicale inférieure.

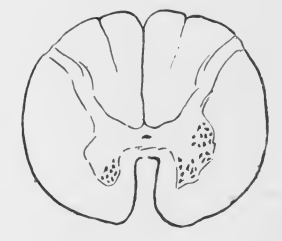
Noyau antérieur qui doit appartenir aux muscles de l'avant-bras.
Noyau postérieur et externe qui appartient aux muscles intrinsèques de la main.



Fig. VI.

Partie inférieure du 3[me] segment cervical d'un cas de poliomyléite. Les groupes conservés dans la corne antérieure à gauche doivent contenir le noyau du n. phrénique.

(Collins, 1894.)



Ce sont, en majeure partie, les résultats obtenus par cette méthode que nous aurons à examiner dans le cours de ce rapport.

11. — Il importe cependant de faire encore mention de quelques études d'autant plus importantes qu'elles nous mon-

trent ce qu'on peut obtenir par des procédés moins récents, mais patiemment appliqués.

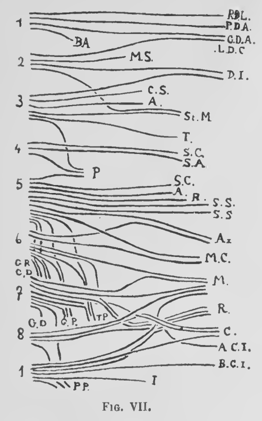


Fig. VII.

Schéma des principales branches nerveuses fournies par les huit paires cervicales et la première paire dorsale (Féré).

Petit Droit Latéral. — Petit Droit Antérieur. — Grand Droit Antérieur et Long du Coup. — Branche Anastomotique à la XII° et à la X° paire, ainsi qu'au ganglion cerv. sup. — Branche Mastoïdienne Superficielle. — Branche Descendante Interne. — Cervical Superficiel ou transverse. — Branche Auriculaire. — Sterno Cleido-Mastoïdien. — Trapèze. — Sus-Claviculaire. — Sus-Acromial. — Phrénique. — Sous-Claviculaire. — Angulaire. — Rhomboïde. — Sus-Scapulaire. — Sous-Scapulaire Supérieur. — Axillaire. — Musculo-Cutané. — Médian. — Grand Rond. — Grand Dentelé. — Radial. — Thoracique Postérieur. — Grand Pectoral. — Grand Dorsal. — Cubital. — Accessoire Cutané Interne. — Brachial Cutané Interne. — Intercostal. — Petit Pectoral.

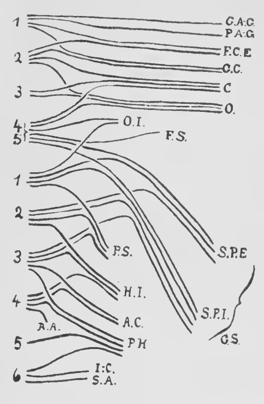


Fig. VIII.

Schéma des principales branches nerveuses fournies par les paires lombaires et sacrées (Féré).

Grand Abdomino Génital. — Petit Abdomino Génital. — Fémoro-Cutané externe. — Genito-Crural. — Crural. — Obturateur. — Obturateur Interne. — Fessier Supérieur. — Sciatique Poplité Externe. — Sciatique Poplité Interne. — Grand Sciatique. — Petit Sciatique. — Honteux Interne. — Anal Cutané. — Releveur de l'Anus. — Plexus Hypogastrique. — Isschio-Coccigien. — Sphincter Anal.

La dissection des plexus, étude purement anatomique, a permis à Féré (1883), et à Herringham (1886), de dresser un schéma d'une précision et d'une valeur bien plus grandes que celles atteintes par les démonstrations si fugaces et si délicates des excitations faradiques. C'est aussi par ces moyens très simples et sans s'aider du moindre réactif que Bolk a

déterminé, pour chaque métamère, les éléments constitutifs qui restent reliés par les fibres nerveuses à leur segment médullaire respectif (1897).

Dans son examen méthodique par coupes sériées de la moelle du gorille, Waldeyer a montré l'importance de l'étude préalable et impartiale de la topographie médullaire. Mais son œuvre reste indécise parce qu'il ne voyait pas encore la possibilité d'une différenciation fonctionnelle des groupements naturels des cellules ganglionnaires (1891).

En suivant son exemple, mais en étant mieux éclairé, Bruce a publié un atlas topographique de la moelle humaine où nous voyons une figuration parfaite des groupements cellulaires avec toute la précision que peut donner la méthode anatomique descriptive (1901). C'est le meilleur guide pour maintenir dans les bornes de la possibilité anatomique les théories hardies qu'on est inévitablement tenté d'admettre après des études physiologiques ou anatomo-cliniques.

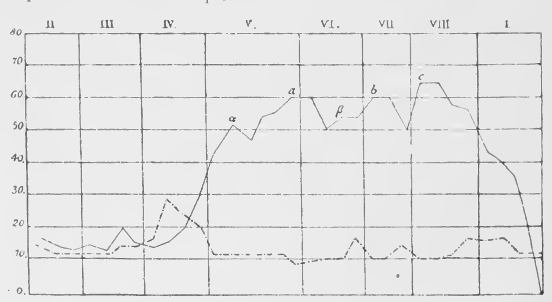


Fig. IX.

Courbe n° I. — Nombre des cellules de la moelle cervicale d'un homme adulte (Kaiser). *Courbe supérieure* = Groupe du nerf XI et groupe latéral ; *Courbe inférieure* — Groupe médian et groupe antérieur.

Nombre total approximatif des cellules de la corne antérieure de la moelle cervicale :

Segment cervical	IV	28.440
—	V	64.230
—	VI	44.560
—	VII	36.850
—	VIII	47.970
Segment dorsal	I	27.600
	Total	249.650

Soit environ 250.000 1.

Enfin Kaiser, principalement inspiré par l'anatomie comparée normale, en exposant les courbes formées par les moyennes du nombre des cellules à chaque niveau de la moelle, parvint à donner une preuve tangible des corrélations fonctionnelles existant entre les muscles de la périphérie et les différents groupements cellulaires de la moelle cervicale (1891).

12. — Toutes les méthodes doivent être mises à contribution pour résoudre un problème de cette importance. Si les résultats obtenus par l'anatomie descriptive, par l'anatomie comparée, par la physiologie, par l'anatomie pathologique expérimentale ou clinique sont capables de nous donner déjà des conclusions nettement positives, combien l'embryologie ne leur est-elle pas supérieure par l'ampleur de ses vues synthétiques et la clarté si grande qu'elle est capable de répandre dans tous les domaines biologiques. Outre qu'elle embrasse toutes les autres méthodes, car elle leur emprunte leurs procédés, elle simplifie la topographie des organes. Elle seule est capable de nous donner des schémas qui ont cet avantage incomparable d'être en même temps l'image exacte d'une réalité existante. L'honneur d'avoir mis la question sur ce terrain revient à M. le professeur Brissaud et nous aurons à examiner en quoi les dispositions des noyaux moteurs médullaires de l'adulte répondent à l'idée que nous pouvons nous faire du développement parallèle des myomères et des segments de la moelle, de la segmentation des bourgeons épimériques, de l'amplification corrélative de la moelle dans sa partie brachiale et dans sa partie lombaire et de sa métamérisation secondaire (1894).

13. — L'étude détaillée des recherches historiques a été faite si souvent que je n'ai pas cru nécessaire de la recommencer en détail. Une telle revue, outre qu'elle eut été d'une longueur démesurée, n'eut été lue que par ceux qui préfèrent s'en rapporter aux originaux. Cet exposé d'ailleurs perd de jour en jour de son intérêt, car les dernières années sont si riches en aperçus nouveaux et démonstratifs, que les travaux d'avant 1890 ont presque perdu toute valeur. Le lecteur fera bien cependant de parcourir la bibliographie, intentionnellement placée aux pages suivantes. Une grande leçon s'en dégage pour qui connaît

l'importance des travaux qui y sont consignés et pour l'appréciation desquels les pages précédentes peuvent servir de guide.

La méthode anatomo-clinique est le plus puissant stimulant des recherches expérimentales. Éclairé par leurs résultats, souvent indécis mais toujours intéressants, l'anatomiste apprend à voir des détails qui n'avaient jamais attiré son attention ou qu'il avait considérés comme de simples « jeux de la nature ».

En voici un exemple frappant. L'atlas topographique de Bruce est une merveille que l'anatomie eut pu nous donner depuis Stilling, le père de la méthode des coupes sériées. Mais il fallut soixante ans d'études préliminaires et de controverses pour qu'il apparut enfin clairement qu'un tel labeur avait sa raison d'être et qu'il était même le *guide préliminaire* indispensable !

C'est sous son contrôle seulement que les solutions proposées acquièrent un degré suffisant de certitude. D'abord de l'anatomie, disait von Gudden, ensuite de la physiologie et, enfin, si c'est encore nécessaire, de la pathologie.

B. — BIBLIOGRAPHIE

1811 Ch. Bell. — An idea of a new anatomy of the brain. (London.)

1834 Bartolomeo Panizza. — Richerche sperimentali sopra i nervi animali.

1835 Bartolomeo Panizza. — Richerche sperimentali sopra i nervi animali. *(Froriep's Notizen.)*

1836 Kronenberg. — Plexuum nervorum structura et virtutes. (Berolini.)

— Remak. — Vorläufige Mittheilung mikroskopischer Beobachtungen. *(Müller Archiv.)*

1840 Müller. — Physiologie du S. N. (Trad. Jourdan, p. 631.)

1854 Peyer. — Ueber der peripherischen Endigungen... *(Zeitsch, f. Rat. Med.)*

1865 Krause. — Beitrage zur Neurologie der oberen Extremität.

1868 Krause. — Anatomie des Kaninchens. (Leipzig.)

— Dickinson. — On the changes in the nervous systeme wich follow the amputation of limbs. *(Journal of anat. and phys.,* p. 88.)

— Vulpian. — Influence de l'abolition des fonctions des nerfs sur les régions de la moelle épinière qui leur donnent origine. Examen de la moelle d'anciens amputés. *(Arch. de Physiologie,* p. 443 ; *id.* 1869, p. 675.)

— Zach, Johnson and Lockhart Clarke. — On a remarquable case of extrem muscular atrophy with extensive desease of the spinal cord. *(Medico-Chirurg. transact.,* vol. 54, p. 250.)

1870 Masius et Vanlair. — De la situation et de l'étendue des centres réflexes. *(Mémoires de l'Ac. de Méd., Belgique.)*

— Gudden. — Experimentell-anatomische Untersuchungen über das peripherische und centrale nervensystem. *(Arch. f. Psych.,* II, p. 693.)

1871 Troisier. — Note sur l'état de la moelle épinière dans un cas d'hémimélie unithoracique. *(Arch. de Phys.,* IV, 1871-72.)

1872 Vulpian. — Sur les modifications anatomiques de la moelle épinière à la suite de l'amputation d'un membre ou de la section des nerfs de ce membre. *(Bull. de l'Acad. des Sciences.)*

1873 Hayem. — Les altérations de la moelle consécutives à l'arrachement du nerf sciatique chez le lapin. *(Arch. de Phys. normale et Path.,* V, p. 504.)

1874 Prévost et David. — Note sur un cas d'atrophie des muscles de l'éminence thénar droite avec lésion de la moelle épinière. *(Arch. de Phys.,* p. 595.)

1875 Hayem. — Lésions des nerfs des membres consécutives à l'amputation. *(Bull. de la Soc. Anat.*, p. 684.)

1876 Hayem. — Seconde communication sur l'état des membres qui ont subi une amputation ancienne. *(Bull. de la Soc. Anat.*, p. 230.)

— Geuzmer. — Veranderung im Ruckenmarke eines Amputirten, *(Virchow Arch.*, Bd. 66.)

— Remak. — Zur Pathogenese der Bleilähmungen. *(Arch. f. psych.)*

— Schultze. — *(Virchow Archiv.)*

1877 Mayser. — Experimenteller Beitrag zur Kenntnis des Baues des Kaninchenrückenmarkes. *(Arch. f. Psych.*, VII, s. 539.)

1878 Dejerine et Mayor. — Recherches sur les altérations de la moelle épinière et des nerfs du moignon chez les amputés d'ancienne date. *(Bull. de la Soc. de Biolog.*, 1878.)

1879 Remak. — Ueber die Localisation... *(Arch. f. Psych.)*

— Monakow. — *(Arch. f. Psych.*, p. 523.)

— Kahler und Pick. — *(Arch. f. Psych.*, p. 364.)

— Talamon. — Des lésions du S. N. central d'origine périphérique. *(Revue mensuelle de Méd. et de Chir.)*

— Wood. — *(Phyladelphy med. Times, nov.)*

— Dreschfeld. — On the changes of the spinal cord after amputation of limbs. *(Journal of Anat. and Phys.)*

1880 Kahler und Pick. — Beitrag zur Lehre von der Localisation in der grauen Substanz des Ruckenmarkes. *(Arch. f. Psych.*, Bd, X.)

— Erlitzky. — Ueber die Veränderungen im Ruckenmarke bei amputirten Hunden *(Petersburg. Med. Woch.*, n° 5, pp. 38 et 45.)

1881 Ross. — A treatise on the diseases of the nervous system. II. (London.)

— Meyer. — *(Präger Zeitschrift f. Heilkunde.)*

— Ferrier et Yeo. — The Functional relations of Motor Roots of... *(Proceed. Roy. Soc. London, id. Centralbl. f. Nervenh. Psych. u. Ger. Psych.)*

1881 P. Bert et Marcacci. — Étude sur la distribution... *(C. R. Soc. de Biol.)*

1882 Pierret. — Note présentée par Vulpian. *(C. R. Ac. des Sciences*, Paris.)

— Sass. — Experimentelle Untersuchungen über die Beziehungen der motorischen Ganglienzellen der Medulla spinalis zu peripherischen Nerven. *(Virchow Arch.*, Bd. 116, p. 242.)

— Birge. — Die Zahl der Nervenfasern und der motorischen Ganglienzellen in Ruckenmarke des Frosches. *(Arch. f. Anat. u. Phys. physiol. Abt.)*

— Edinger. — Rückenmark u. Gehirn in einem Falle von angebornem Mangel eines Vorderarms. *(Virchow Arch.*, Bd. 89, s. 46.)

1883 SAHLI Zur Lehre von den spinalen localisationen. *(Deutsche Arch. f. Klinische Medizin*, Bd. 33.)

— FÉRÉ. — Sur les plexus des nerfs spinaux. *(Arch. de Neur.)*

— FORGUE. — Distribution des racines motrices dans les muscles des membres. (Thèse Montpellier.)

1884 HAYEM et GILBERT. — Note sur les modifications du système nerveux chez un amputé. *(Arch. de physiol.*, p. 430.)

— VIGNAL. — Formation et développement des cellules nerveuses de la moelle épinière des mammifères. *(Comptes-rendus*, T. 99, p. 420. — *Arch. de physiol.*, 3e série, t. IV.)

— FORGUE et LANNEGRACE. — Distribution des racines motrices dans les muscles des membres. *(Comptes-rendus*, T. 98, p. 685.)

— FORGUE et LANNEGRACE. — Sur la distribution spéciale des racines motrices du plexus brachial. *(Comptes-rendus*, t. 98, p. 829.)

1885 BEEVOR. — On two cases illustrating the localisation of motor centres in the brachial enlargement of the spinal cord. Brit. med. Jour, p. 784 (avec discussion de Huglings Jackson et Ferrier).

— PATERSON. — The limb plexuses of mammals. *(Jour. of anat. a. physiol.*, p. 611, vol. XXI.)

1886 DUDLEY. — *(Brain.)*

— FRIEDLÄNDER und KRAUSE. — Ueber Veränderungen der Nerven u. des Rückenmarks nach amputationen. *(Fortschritte der Med.*, IV, 23, p. 749.)

— SIEMERLING. — Neurolog. Centralbl.

— HERRINGHAM. — The minute anatomy of the brachial plexus. *(Proceeding R. soc. London*, vol. XIII, n° 423.)

86-88 GOWERS. — *(A manual of disease of the N. S. London.)*

1887 MENDEL. — *(Neurologisches Centralblatt.)*

— FOREL. — *(Arch. f. Psych.*, Bd., XVIII, s. 162.)

— ZACHER. — *(Journal des Soc. scientif.)*

— KRAUSE. — *(Dubois-Reymond. Arch.*, s. 375.)

— FRIEDLÄNDER und KRAUSE. — *(Arch. f. Anat. u. Phys.*, p. 370.)

1888 ALLEN STARR. — Syringomyelia *Americ. (Journal of the med. Sciences*, p. 465.)

— THORBURN. — Spinal localisations as indicated by spinal injuries. *(Brain*, XXXVI, p. 510 ; id., XLIII, p. 289.)

1889 SASS. — Experimentelle Untersuchungen über die Beziehung der motorischen Ganglienzellen der Medulla spinalis zu peripherischen Nerven *(Virchow Arch.*, Bd., 116, s. 243.)

— WALDEYER. — Das Gorilla Ruckenmark. *(Abhandl. der Kön. Preuss. Akad. d. Wissensch.)*

1889 HOMEN. — Ueber Veränderungen des N. S. nach amputationen. *(Beiträge f. path. Anat. Ziegler.)*

1890 GOMBAULT. — *(Mercredi médical.)*

1891 FOREL. — Ueber das Verhältniss der experimentellen Athrophie und Degenerationsmethode zur Anatomie und Histologie des Centralnervensystem. *(Züriches Festschrift für Nägeli und Kolliker.* Zurich.)

— VANLAIR. — Des altérations nerveuses centripètes. *(Bull. Acad. de Méd., Belgique.)*

— OTTO KAISER. — Die Functionen der Ganglienzellen des Halsmarkes (Haag.)

— HORSLEY. — On the functions of the spinal Cord and Bulb. Fellerian Lectures.

1892 DARKSCHEWITSCH. — Ueber die Veränderungen im centralen Stumpf eines motorischen Nerven bei Verletzung eines pericherischen Abschnittes. *(Neurol. Centralbl.,* s. 658.)

— MARINESCO. — Ueber Veränderungen der Nerven und des Rückenmarkes nach Amputationen ; ein Beitrag zur Nerventrophik. *(Neurol. Centralbl.,* s. 569.)

— NISSL. — Ueber experimentell erzeugte Veränderungen an den Vorderhornzellen des Ruckenmarkes bei Kaninchen. *(Allgem. Zeitschr. f. Psych.,* Bd., 48, s. 675.)

— PELLIZZI. — Sulle modificazioni che avvengono nel midollo spinale degli amputati. *(Riv. di Fren.,* p. 60.)

1893 EULENBURG. — Erythromelalgie. *(Deutsche med. Woch.,* p. 1325.)

— MOSCHAEW. — Zur Frage der ascendirende Veränderungen im Ruckenm. nach Läsion einer peripheren Teile. *(Soc. de Neuropath. et de Psych. de Kasan. ref. Neurol. Centralbl,* p. 756, 1893.)

— SHERRINGTON. — Kneejerk and correlation of action of antagonistic muscles *(Proc. R. Soc., id., 1893.)*

— REDLICH. — Zur Kenntniss der Ruckenmarkesveränderungen nach Amputationen. *(Centralbl. für Nervenheilk.)*

— SHERRINGTON. — Experiments in examination of the periferical distribution, etc. *(Philos. Transact. of the R. Soc.,* Bd , vol. 184.)

1894 THORBURN. — Diseases and injuries of the spinal Cord.

— HAMMOND. — Two cases of progressive muscular atrophy. *(New-York med. Journ.,* p. 15.)

— COLLINS. — A contribution to the Arrangement and Functions of the Cells of the cervical spinal Cord. *(New-York med. Journ.,* pp. 41 et 99.)

— NISSL. — Ueber eine neue Untersuchungsmethode der Centralorgane, speciell zur Feststellung der Localisation der Nervenzellen. (Central. f. Nervenh. u. Psych. Juli-Heft.)

1895 Biedl. — Ueber die centra der Splanchnici (*Wiener Klin. Wochenschrift*, n° 52, s. 904.)

— Onuf. — (Onufrowicz) The biological and morphological constitution of ganglionic cells as influenced by section of the spinal nerve roots or spinal nerves. (*Journ. or nerv. a. ment. disease.* Dis. XX, 10, p. 597, oct. — Id., *Arch. of Neurol. a. psychopath.*)

— Durante. — Des dégénérescences secondaires du syst. nerveux. Paris.

— Hasse. — Hand-atlas der sensiblen u. motor. Gebiete des Hirn u. Ruckenmarksnerven (Wiesbaden, in 8°.)

— Wille. — Ueber secundäre Veranderungen im Ruckenmark nach Oberarm-exartic. (*Arch. f. Psych.*, Bd., 27. H. II. s. 554.)

— Klippel et Durante. — Les dégénérescences rétrogrades dans les nerfs périphériques et les centres nerveux. (*Revue de méd.*, vol. 15.)

— Singer et Munzer. — Beiträge zur Anatomie des Centralnervensystems. (*Denkschr. d. Akad. der Wiss. zu Wien.*, Bd., 57.)

1896 Oppenheim. — Berl. Klin. Wochensch., n° 14.

— Hoeben. — Over een Centrum Oculo-spinale.

— Colenbrander. — Over de structuur der Gangliencel uit den voorsten Hoorn.

— Marinesco. — Sur un nouveau cas de polynévrite, C.-R. Soc. de Biol. (*Semaine médicale*, p. 203.)

— Marinesco. — Lettres d'Angleterre. (*Semaine médicale.*)

— Marinesco. — Les polynévrites en rapport avec les lésions secondaires et les lésions primitives des cellules nerveuses. (*Revue neurol.*, IV, p. 129.)

— Klippel. — Les neurones. Les lois fondamentales de leurs dégénérescences. (*Arch. de Neurol.*, n° 6.)

1897 Marinesco. — Pathologie de la cellule nerveuse. (*Presse médicale*, 27 janvier.)

— Souques et Marinesco. — Lésions de la moelle épinière dans un cas d'amputation congénitale des doigts. (*Presse médicale*, 2 juin.)

— Ballet. — Étude histolog. de la moelle et du cerveau d'un amputé. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 23, VII.)

— Ballet. — Lésions de la moelle chez les amputés. (*Revue neurol.*, p. 531.)

— Sano. — Les localisations motrices dans la moelle lombo-sacrée, 26 juin. (*Journ. de Neurol.*, Bruxelles, pp. 253 et 275.)

— van Gehuchten. — L'anatomie fine de la cellule nerveuse. Congrès de Moscou.

1897 Flatau. — Ueber Veränderungen des menschlichen Ruckenmarks nach Wegfall grösserer Gliedmassen. *(Deutsche Méd. Wochenschr.*, n° 18.)

— Sano. — Les localisations motrices dans la moelle épinière. Congrès de Neurologie de Bruxelles, sept. Résumé également dans le *Journ. de Neurol.*, p. 404.

— Biedl. — Ueber das histolog. Verhalten der peripheren Nerven und ihrer Centren nach Durchschneidung. *(Wiener Klin. Wochenschr.*, pp. 389-392.)

— Argutinsky. — Ueber eine regelmässige Gliederung in der grauën Substanz des Ruckenmarks beim Neugeborenen und über die Mittelzellen. *(Arch. f. Mikrosk. Anatomie*, p. 497.)

— Ballet et Dutil. — Sur quelques lésions expérimentales de la cellule nerveuse. Congrès de Moscou. *(Semaine médicale*, p. 347.)

— van Gehuchten. — Le phénomène de chromatolyse consécutif à la lésion pathologique et expérimentale de l'axone *(Bull. de l'Acad. de Méd.* de Bruxelles, 27 nov.)

— Bolk. — Morphologisches Jahrbuch. (de Gegenbauer). Beziehungen zwischen Skelet, Muskulatur, und Nerven der Extremität (Bd 21). — Rekonstruction der Segmentirung der Gliedmassenmuskulatur dargelegt an den Muskeln des Oberschenkels und des Schultergürtels. (Bd 22, s. 357.) — Die Sklerozomie des Humerus. (Bd 23, s. 391.) — Beitrag zur Neurologie der unteren Extremität der Primaten. (Bd 25, s. 305.) — Die Segmentaldifferenzirung des menschlichen Rumpfes und seiner Extremitäten (Bd 25, s. 465 ; bd 27, s. 630 ; bd 28, p. 105, 51 fig.) Die homologie der Brust und Bauchmuskeln (Bd 27, s. 317.)

— Bolk. — Een en ander uit de segmentaal anatomie van het mens chelyk lichaam. *(Nederlandsch tydschrift voor geneeskunde.)*

— Pal. — Ueber die Innervation des Colon descendens und des Rectums. *(Wiener Klin. Woch n° 2.)*

— Kapsammer und Pal. — Ueber die Bahnen der motorischen Innervation der Blase u. des Rectums. *(Wiener Klin. Woch. n° 22.)*

— Risien Russell. — An experimental investigation of the cervical and thoracic Nerve-roots... Brain, springnummer. *(Id., Neur. Centr.)*

— Marinesco. — Main succulente et.... *(Nouvelle Iconographie*, pp. 209 et 216.)

— Auerbach. — Ueber Erythromelalgie. *(Deutsche Zeitschr.* f. Nervenh., H. I. 2.)

— Guyon et Courtade. — Innervation motrice du gros intestin.... *(C. R. Soc., de Biol.*, 17 juillet.)

— Schaffer. — Zur Lehre der cerebralen Muskelatrophie. *(Monatschr. f. Psych. u. Neur.*, II, s. 30.)

1897 Gad und Flatau. — Ueber die gröben Localisationen. *(Mendel's Neurol. Centr.*, p. 481.)

— van Gehuchten et de Buck. — La chromatolyse dans les cornes antérieures de la moelle après désarticulation de la jambe. *(Annal. de la Soc. de Méd. de Gand.)*

— Sano. — Les localisations des fonctions motrices de la moelle épinière. *(Annales de la Soc. médico-chirur. d'Anvers,* nov.)

1898 Sano. — Id. Anvers-Bruxelles. (Extrait des *Annal. de la Soc. méd.-chir. d'Anvers,* édité séparément.)

— Goldscheider. — Normale und pathologische anatomie der Nervenzellen (Berlin).

— Marinesco. — Sur les phénomènes de réparation dans les centres nerveux après la section des nerfs périphériques. *(Presse méd.,* 5 oct.)

— Sano. — De la constitution des noyaux moteurs médullaires. (18, XII, 97. — *Journ. de Neur.,* p. 62.)

— Sano. — Localisations médullaires motrices et sensitives. (26, II. — *Journ. de Neur.,* p. 129.)

— Sano. — Anastomoses et plexus radiculaires. *(Belgique médicale,* 3 mars.)

— Bolk. — De morphologische eenheden van het menschelyk lichaam. *(Haarlem,* 2 mei.)

— Marinesco. — Veränderungen der Nervencentren nach Ausreissung der Nerven mit einigen Erwägungen bettreffs ihrer Natur. *(Neurol. Centralbl.,* n° 19.)

— Marinesco. — Contribution à l'étude des localisations des noyaux moteurs de la moelle épinière. *(Rev. Neurol.,* 30, VII, p. 463.)

— Kohnstamm. — Zur Anatomie u. Physiologie des Phrenicuskernes Fortschritte der Medicin. (Bd., XVI, n° 17.)

— Sano. — Nucleus diaphragmæ. (*Journ. méd. de Bruxelles,* 20 oct., n° 42.)

— Marinesco. — De l'origine réelle du nerf phrénique. *(Soc. méd. des hôp.,* 16 déc. — *Semaine médicale,* p. 510. — *Rev. Neur.,* p. 263, 1899.)

— Huet. — De nerveuse centra der pupil-dilatatie. *(Psych. en neurol., Bladen afl.,* 5.)

— de Buck. — Localisation médullaire et physiologie du grand sympathique. *(Belgique médicale,* n° 42.)

— Onuf and Collins. — Experimental researches on the localisation of the sympathic nerve in the spinal cord and brain, and contributions to its physiology. *(The Journal of Nervous a. Mental disease, sept. — Arch. of Neurol., and psychopath.)*

— Redlich. — *(Centralbl. f. Algem. Path. u. Path. Anat.,* Bd., IX, 3-4.)

1898 von Monakow. — Die secundäre Veränderungen im Ruckenmark nach Zereissung des Plexus brachialis beim Menschen. *(Centralbl. fur Nerv. u. Psych.)*

— Sibelins. — Till Kännedomen om de efter amputationer appkomande förändringarna i nervsyste med speciel hänsyn till de spino kutana neuronerna. *(Finska lä karesällsk. handl.* XXXIX, 10 s. 1379. — *Ref. Neurol. Centralbl.)*

— Elzholz. — Zur kenntniss der Veranderungen in centralen Stumpfe lädirter gemischter Nerven. *(Jahrbucher fur Psych.)*

— Cestan. — Lésions médullaires et névritiques dans un cas de gangrène sénile par artérite progressive oblitérante. *(Bull. de la Soc. Anat.*, déc.)

— Muller. — Untersuchungen über die Anatomie und Path. des untersten Ruckenmarksabschnitte. *(Deutsche Zeistch. f. Nervenh*, 1-2, p. 1.)

— Köster. — Conus terminalis. *(Deutsche Zeitsch. f. Nerv.*, p. 354.)

— Warrington W. B. — On the structural alterations observed in nerve cells. *(Journ. of Psych.*, XXIII 1-2, p. 112.)

— Marinesco. — Nouvelles recherches sur les lésions des centres nerveux consécutives à l'arrachement des nerfs. *(Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des hôpit. de Paris*, 10 juin.)

— van Gehuchten et de Buck. — Contribution à l'étude des localisations des noyaux moteurs dans la moelle lombo-sacrée. *(Rev. Neurol.*, p. 510.)

— van Gehuchten et de Buck. — La chromatolyse dans les cornes antérieures de la moelle après la désarticulation de la jambe et les rapports avec les localisations motrices. *(Journ. de Neurologie*, 5, III.)

1899 de Buck. — Localisation médullaire de l'innervation motrice du périnée et du rectum. *(Annal. de la Soc. scientif. de Bruxelles*, t. XXIII, janv.)

— de Buck. — Chromolyse na doorsnyding der Ruggemergzenuwen. *Handelingen vlaamsch natuur en geneeskundig Congres. Antwerpen*, Bldz. 111.)

— Hoffmann. — Bÿdrage tot de kennis der ontwikkelingsgeschiedenis van den Sympathicus. *(Psych. en Neurol.* Bladen, bldz. 322.)

— Kohnstamm. — Ueber retrograde degeneration. *(Schmidt's Jarbücher*, Bd., CCLXI, p. 253.)

— van Gehuchten et Nelis. — La localisation motrice médullaire est une localisation segmentaire. *(Journ. de Neurol.*, n° 16, p. 308.)

— Bayerthal. — Ueber die praktische Bedeutung der Ruckenmarklocalisation. *(Zeitsch. f. prakt. Aerzte.)*

1899 Grasset. — La distribution segmentaire des symptômes en séméiologie médullaire. Leçons recueillies par Gibert. 8°, Montpellier.

— Wana. — Ueber den abnormen Verlauf einzelner motorischer Nervenfasern im Wurzel-gebiete. *(Neur. Centralbl.*, n° 17.)

— Flatau. — Ueber die Localisation der Ruckenmarkcentren für die Muskulatur des Vorderarmes und der Hand beim Menschen. *(Arch. f. Anat., u. Phys. — Physiol. Abt.*, I-II, pp. 112-119.)

— Onuf. — Notes on the arrangement and fonction of the cell groups in the sacral region of the spinal cord. *(Journ. of Nerv. and Ment. disease.* Août. — *Id. Arch. of Neur. and Psychopath.*, 1900, n° 3.)

— Pilcz. — Beitrag zum Studium der Atrophie und Degeneration im Nervensysteme. *(Jahrbücher für Psych., u. Neur.*, s. 341.)

— Jacobsohn. — Ueber Veränderungen im Ruckenmark nach peripherischer Lähmung. Zugleich ein Beitrag zu Localisation des centrum ciliospinale und zur Pathologie des Tabes Dorsalis. *(Zeitschr., f. Klin. Med.*, p. 228. Bd., XXXVII.)

— Soury. — Le système nerveux central, p. 605.

— Barker. — The nervous system and its constituent neurones. New-York.

— Campbell Thomson. — A contribution to the localisation of muscles in the spinal cord. *(Brain.*, p. 136.)

— Parhon et Popesco. — Sur l'origine réelle du nerf sciatique. *(Roumanie médicale*, n° 2.)

— Parhon et Popesco. — Recherches sur la localisation spinale des noyaux moteurs du membre postérieur. *(Roumanie médicale*, n° 3.)

— Brissaud. — Leçons sur les maladies du système nerveux (2e série, p. 54.)

1900 Parhon et Popesco. — Sur l'origine réelle de l'obturateur. *(Roumanie médicale*, 1-2.)

— Meyer. — Einseitige Zellveränderung im Halsmarke bei Phlegmone am Unterarme nebst weiteren Bemerkungen über die Pathologie der Ganglienzelle. *(Arch. f. Psych.*, p. 58.)

— Elsholtz. — Zur histologie alter Nervenstumpfe im Amputirten Gliedern. *(Jahrbücher f. Psych.)*

— Krause et Philippson. — Structure de la corne antérieure de la moelle du lapin. *(Bull. Acad. R. de Belgique*, classe des sciences. Nov.)

— de Buck et van der Linden. — La section des nerfs moteurs spinaux détermine-t-elle de la chromolyse. *(Belgique médicale*, I, n° 5.)

1900 Constensoux. — Étude sur la métamérie du syst. nerveux et les localisations métamériques. (*Thèse de Paris.*)

— Roux. — Les lésions du système grand sympathique dans le tabes, etc. (*Thèse de Paris.*)

1900 Parhon si Goldstein. — Cercetari asupra localisatiunei spinale a muschilor pectorali la om si la caïne. (*Roumania medicala*, septembre.)

— Coenen. — Over de périphere uitbreiding, enz. (*Psych. en Neurol.*, Bladen, Bldz., 247.)

— de Neef. — Les localisations motrices médullaires chez le chien et le lapin. (*Acad. de Méd. ; Mémoires couronnés*, Bruxelles.)

— van Gehuchten et de Neef. — Les noyaux moteurs de la moelle lombo-sacrée. (*Le Névraxe*, p. 201.)

— Parhon si Goldstein. — Localizarile motrice spinale si téoria metamerülor. (*Roumania medicala*, p. 379.)

— Parhon si Goldstein. — Contributiuni la studiul lesiunilor secundare ale celulei nervoase. (*Roumania medicala*, p. 390.)

— Parhon si Savu. — Communication à la « Soc. Anatomica din Bucuresti ». (*Roumania medicala*, p. 399, avec discussion Babes.)

— Parhon si Savu. — Lesiuni secundare in meduva spinarei in ürma resectiunei marelui pectoral. Incercari de localisare. (*Roumania medicala*, 15 juin.)

— Parhon si Goldstein. — Un caz de amputatiune a penisului urmata de lesiuni secundare in maduva sacrata. (*Roumania medicala*, p. 449.)

— Parhon et Goldstein. — L'origine réelle du nerf circonflexe. (*Rev. Neurol.*)

— Wichmann. — Die Ruckenmarksnerven und ihre Segmentbezüge. Ein Lehrbuch der Segmentaldiagnostik der Ruckenmarkskrankheiten. (Berlin.)

— Dejerine. — Semeiologie du système nerveux. (Tome V de la *Pathologie générale de Bouchard*, Paris, p. 789 et suiv.)

— Brissaud et Lereboullet. — (*Progrès médical*, 7, VII. — *Rev. Neurol.*, n° 14.)

— Raimann. — Zur Frage der retrograden Degeneration. (*Jahrbücher f. Psych.*)

— Knape. — Experimentella bitrag till Kännedomen om tibialis och peroneuskärnans lokalisation i ruggmärgen. Finska läkresällskapets handlinger.

— Mott. — Lectures on degeneration of the neurone. (*British med. Journ.*, n°s 2060-62.)

1901 Parhon und Goldstein. — Die spinalen motorische Localisationen und die Theorie der Metamerieen. (*Neurol. Centralbl.*, n°s 20, 21.)

— Krause u. Philippson. — Untersuchungen über das Centralnervensystem des Kaninchens. (*Arch. f. Mikrosk. Anat.*, Bd., 57, 1.488.)

— Sano. — Considérations sur les noyaux moteurs médullaires innervant les muscles. (*Journal de Neur.*, n° 15.)

— Marinesco. — Recherches expérimentales sur les localisations motrices spinales. (*Revue neurol.*)

— Sano. — Inleiding tot de studie van het vÿfde hals-segment. (*Handel, Vlaamsch Natuur en Geneesk. Congres. Brugge.*)

— Bruce. — Topographical atlas of the spinal cord. Edinburgh.

— Bruce. — A contribution to the localisation of the motor nuclei in the spinal cord of man. (*The Scottish Medical and Surgical Journal*, Vol. IX, n° 6, Dec.)

— Knape. — Ueber die Veränderungen in Ruckenmark nach Resection einiger spinalen Nerven der vorderen Extremität, mit besonderer Rücksicht auf die Localisation der motorischen Kerne dieser Nerven. (*Beiträge zur path. Anat., etc.*, Ziegler. s. 251.)

— Knape. — (*Deutsche Zeitschrift f. Nervenh.*)

— Switalski. — Les lésions de la moelle épinière chez les amputés. (*Rev. Neurol.*, pp. 85-90.)

— Parhon et Goldstein. — L'origine réelle du nerf circonflexe. (*Rev. Neurol.*, p. 486.)

— Duval et Guillain. — Les paralysies radiculaires du plexus brachial. (*8° Steinheil*, Paris.)

— Sträussler. — Ueber Veränderungen der motorischen Ruckenmarkszellen nach Resection und Ausreissung peripherer Nerven. (*Jahrücher f. Psych.*)

— Marinesco. — Recherches cytométriques et caryométriques des cellules radiculaires motrices après la section de leur cylindre-axe. (*Journ. de Neurol.* — *Id., C. R. Acad. des sciences*, Paris, n° 26, 1900.)

— Van Gehuchten. — Un cas de lésion traumatique des racines de la queue de cheval. Contribution à l'étude des centres de la miction, de la défécation, de l'érection, de l'éjaculation et du centre anal. (*Le Névraxe*, IV, p. 91.)

— Grigoriew. — Zur Kenntnis der Veränderungen des Rückenmarkes beim Menschen nach Extremitätenamputationen. (*Zeitschrift f. Heilkunde*, Bd., XV.)

— Lubouschine. — La dégénérescence ascendante et descendante des fibres de la moelle épinière après arrachement du nerf sciatique. (*Le Névraxe*, III, fasc. 2, p. 203.)

1901 Parhon et Goldstein. — Quelques nouvelles contributions à l'étude des localisations médullaires. *(Journ. de Neurol.,* 30 Nov.)

— de Neef. — Recherches expérimentales sur les localisations motrices médullaires chez le chien et le lapin. *(Le Névraxe,* II, fasc. I, p. 71. — Id., *Acad. de Méd.,* Bruxelles, 1900.)

— Lugaro. — Sulla Legge di Waller. *(Rivista di patologia nervosa e mentale.* Vol. VI, fasc. 5, maggio.)

— Lapinsky und Cassirer. — Ueber den Ursprung des Halssympathicus im Ruckenmark. *(Deutsche Zeitschrift. f. Nervenh.* Bd., XIX., s. 137.)

— Huet et Cestan. — Un cas de paralysie infantile avec localisation sur le groupe radiculaire inférieur du plexus brachial. *(Soc. de Neur.* de Paris, 5 déc.)

— Van Gehuchten et Lubouschine. — Recherches sur la limite supérieure du cône terminal. *(Le Névraxe,* p. 51.)

1902 Huet et Cestan. — Sur deux cas de syringomyélie à topographie radiculaire des troubles sensitifs et des troubles moteurs. *(Rev. Neurol.,* n° 1, p. 1.)

— Dejerine. — Quelques réflexions à propos des localisations motrices spinales. *(Journ. de Neurol.,* p. 127)

— van Gehuchten. — La dégénérescence dite rétrograde ou dégénérescence wallérienne indirecte. *(XIVe Congrès International de Médecine.* — Id., *Le Névraxe,* vol. V., p. 1.)

— de Buck. — Localisations nucléaires de la moelle épinière. *(Belgique Médicale,* II, pp. 51 et 67.)

— Marinesco. — Sur une forme particulière de réaction des cellules radiculaires après la rupture des nerfs périphériques. *(Rev. Neurol.,* n° 8, 30 avril.)

— Parhon et Goldstein. — Sur la localisation des centres moteurs du biceps crural, du demi-tendineux et du demi-membraneux dans la moelle épinière. *(Journ. de Neur.,* n° 13.)

— Marinesco. — Contribution à l'étude des localisations motrices spinales. Leyden-Fesstschrift. (Même travail que celui de la *Rev. Neurol., 1901.)*

— Parhon et Mme Parhon. — Recherches sur les centres spinaux des muscles de la jambe. *(Journal de Neurol.,* n° 17, 26 juillet.)

— Parhon si D. C. Parhon. — Contributione la studial anatomice microscopice a madurei spinarei. *(Presa Medicala romana,* 13, 14.)

— Parhon et Mme Parhon. — Nouvelles recherches sur les localisations spinales. *(Journ. de Neur.,* nos 12, 13.)

— Obarrio. — Localisations médullaires. (Thèse de Buenos-Ayres.)

1902 OBERSTEINER. — Ruckenmarksbefund bei Muskeldefecten. *(Wiener Klin. Rundschau*, n° 16.)

— VON BRUNS. — Diagnostic des localisations segmentaires dans les maladies de la moelle. *(Centralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, IV, n° 5.)

— FERRANNINI. — Ueber die sekundäre Métamerie der Gliedmassen. *(Centralbl. f. innere Medicin*, n° 48.)

— DE BUCK. — Localisations motrices médullaires. *(Journ. de Neur.*, p. 444, avec discussion Debray.)

1903 BRISSAUD et BAUER. — Recherches expérimentales sur les localisations motrices spinales. *(Journ. de Neur.*, p. 303.)

— RAYMOND. — Sur un cas de tumeur du canal rachidien, segment dorsal. *(Journ. de Neur.*, p. 203.)

— PERUSINI. — Contributo sperimentale allo studio delle localizzationi motorie spinali e la metameria secondaria degli arti.

— FERRANNINI. — Rückenmarks-und Wurzelmetamerie bei der Syringomyelie. *(Centralbl. f. innere medizin*, n° 2.)

— MAGNUS. — Tre tilfaelde af Herpes Zoster efferfulgte af motoriske forstyrrelser. *(Norsk magazin for laegevidenskaben*, n° 9. Kristiania.)

— OPPENHEIM. — Abdominale Symptomencomplex bei Erkrankungen der unteren Dorsalmark. *(Deutsche Zeitschr. f. Nervenh.*, XXIV, 5-6.)

— BEEVOR. — Muscular movements. The Lancet, June 20-27. *(British Med., journ.*, 2216-2218.)

— MARBURG. — Mikroskopisch-topographischer Atlas des menschlichen Centralnervensystems.

— PHILIPPSON. — Corne antérieure de la moelle des Sauriens. *(Travaux de l'Institut Solvay*, V, fasc. 3.)

— BRÄUNIG. — Ueber chromatolyse in den Vorderhornzellen des Ruckenmarks. *(Arch. f. Anat. u. Phys. Physiol. Abth.* s. 251.)

— STEINACH und KAHN. — Innervation der Blutcappilaren. *(Arch. f. ges. Phys.*, XCVII, h. 2-3.)

1904 PARHON et GOLDSTEIN. — Cercetari asupra representatuinei motrice a membrului inferior in maduva lombosacrata la om. *(Soc. Anat. din Bucuresti*, 7, XII, 02), (non encore paru).

— DE BUCK. — Syndrome solaire par néoplasie médullaire et état de la moelle lombo-sacrée cinquante-quatre ans après l'amputation de la jambe. *(Journ. de neur.*, n° 7, p. 121.)

— MAGNUS. — Underextremiteternes motoriske lokalisation i rygmarven. *(Norsk magazin for*, n° 3. Kristiania laegevidenskaben.)

— EDINGER. — Nervöse centralorgane.

— HIS. — Die Entwickelung des menschlichen Gehirns.

1904 Sterzi. — Die Blutgefässe des Ruckenmarks.

— Marinesco. — Recherches sur la structure de la partie fibrillaire des cellules nerveuses à l'état normal et pathologique. (*Revue de neurologie*, 15 mai.)

— Winkler en van Rijnberk. — Over het in centripetale richting afsterven van sensibele huidgebieden. — Over het uitgroeien van de laterale velden der rompdermatomem, etc. (*Koninkl. Akad. van Wetensch. Amsterdam.*)

C. — LA MÉTHODE

14. — Il résulte de l'étude générale de la question que la différence entre les animaux et l'homme, au point de vue des localisations médullaires, doit être bien minime. Le plan général des vertébrés supérieurs est si constant que personne ne doutera de l'existence et de l'agencement défini des centres moteurs dans la corne antérieure de la moelle humaine, s'il est prouvé qu'il existe chez les animaux des détails de structure anatomique dont la signification ne laisse aucun doute sur la réalité de cette différenciation.

15. — Nous conseillons à ceux qui désireraient contrôler par eux-mêmes les résultats obtenus par les auteurs, de *réséquer* sur une petite étendue le nerf sciatique d'un mammifère, à la région fessière, ou de *réséquer* une branche du plexus brachial, dans le triangle sus-claviculaire. L'examen de la moelle, fait de dix à quinze jours après la résection, par la méthode de Nissl au bleu de méthylène ou de toluidine, démontrera la chromolyse intense d'un grand nombre de cellules ganglionnaires dans les groupes antérieurs et externes de la corne antérieure des segments médullaires correspondants.

Là où il existe un noyau médian, les cellules seront restées normales. Il sera possible, par coupes sériées, de délimiter le territoire atteint et par conséquent l'origine réelle du nerf réséqué.

16. — Que si après avoir examiné attentivement les cellules les plus malades, celles qui le sont le moins, et les stades intermédiaires, cet expérimentateur veut bien, dans une nouvelle série d'expériences, *réséquer* les mêmes nerfs à des distances différentes et de plus en plus éloignées de la moelle, chez des animaux de la même race et conservés dans les mêmes conditions, des lésions d'une moindre intensité se présenteront, dans le même délai, dans les régions d'origine des nerfs réséqués. Il pourra malheureusement arriver que, malgré l'habileté acquise,

on ne parvienne pas à distinguer les cellules atteintes par la résection de leur cylindre-axe.

17. — De nombreuses discussions se sont élevées pour savoir s'il existait des différences profondes au point de vue réactionnel entre les nerfs craniens et les nerfs rachidiens (Van Gehuchten le prétendait) ;

S'il fallait prendre de préférence des animaux jeunes (Marinesco le préconisait) ;

S'il pouvait être utile d'intoxiquer les animaux et si cette intoxication diminuait la valeur des expériences ;

S'il ne fallait pas, pour obtenir des résultats, rupturer ou même *arracher* les nerfs, au lieu de simplement les sectionner, les ligaturer, les comprimer ou même les réséquer. (Van Gehuchten et de Neef.)

Il est rationnel d'admettre avec Nissl et Marinesco que les nerfs rachidiens ne se comportent pas sensiblement autrement que les nerfs craniens, mais que la réaction cellulaire est d'autant plus intense et plus rapide que l'unité neuronique a été plus entamée par le traumatisme [1]. Il est probable, sans que cela ait été démontré positivement, que l'âge et l'état de nutrition de l'individu en expérience influencent la netteté de la réaction.

1. — Je n'entends pas entamer ici une discussion sur la théorie du neurone, que j'ai soumise à une critique antérieurement, en concluant ainsi :

1° Le concept et le nom *neurone* seront conservés parce qu'ils jouent un rôle indispensable pour simplifier et expliquer des phénomènes anatomiques, physiologiques et pathologiques. La signification en sera seulement un peu étendue. La neuronologie n'est cependant qu'une partie de la neurologie ;

2° Le concept « *energide* », dans le cas présent la neuro-énergide, est d'une importance tout aussi grande : en embryologie et en biologie générale cette dénomination est tout aussi indispensable. Font partie de l'énergide : les granulations protoplasmatiques et le suc cellulaire, la plasmosphère, la centrosphère et le centrosome, le noyau (Idées de Kolliker) ;

3° Peuvent être considérés comme *produits alloplasmatiques :* le pigment, les corpuscules de Nissl, les fibrilles et leurs gaines ;

4° A mesure que l'animal se développe philogénétiquement et ontogénétiquement, l'*énergide* perd de son importance primitive. Les produits alloplasmatiques augmentent en étendue, en nombre, en diversité et en valeur fonctionnelle ; les différentes parties de l'organisme deviennent tellement solidaires, leurs rapports anatomiques si complexes et si concrescents, que les cellules disparaissent en tant qu'organismes distincts et que l'agrégat devient à la longue un seul organisme.

(A propos de la discussion de la thèse de Schwann ; les cellules sont les organismes, l'animal entier n'est qu'un agrégat.)

1899. Pour et contre la théorie du Neurone. Congrès Flamand des Sciences naturelles et médicales.

18. — Il importe d'insister sur la pratique de l'arrachement. Il est évident qu'en vue de recherches aussi délicates il est indispensable de localiser étroitement le traumatisme. L'arrachement, comme je l'ai vu pratiquer par de Neef, ne m'a pas donné d'apaisement à cet égard. Pour savoir jusqu'où peut aller le traumatisme par l'arrachement, il faut lire ce qu'en dit Lubouschine, qui a opéré dans un but différent, il est vrai. « Un autre procédé de destruction partielle de la substance grise nous a été recommandé par M. Van Gehuchten. Il consiste à arracher violemment chez un animal quelconque le nerf sciatique en arrière de l'articulation coxo-fémorale. Il résulte, en effet, des recherches encore inédites de notre maître, que si cette opération est bien faite, on entraîne avec le nerf sciatique toutes les racines antérieures et postérieures qui entrent dans sa constitution. De plus, l'examen de la moelle montre en toute évidence que la rupture a eu lieu dans la profondeur de la moelle elle-même, entraînant dorsalement une destruction plus ou moins intense de la corne grise postérieure et, du côté ventral, une interruption des fibres de la substance blanche du cordon antéro-latéral comprises entre les fibres radiculaires antérieures. »

De même Ernest Sträussler conclut que « l'arrachement produit une lésion des cordons antérieurs qui mène à une réaction inflammatoire avec prolifération de la névroglie ».

Ce n'est donc qu'avec une grande circonspection qu'il faut admettre les résultats obtenus après arrachement des nerfs, car le traumatisme peut s'étendre beaucoup plus loin qu'on ne le désire, même en graduant, autant que possible, la violence de l'opération.

19. — Il est à remarquer cependant que la plupart des expérimentateurs ont eu des périodes pendant lesquelles ils n'obtenaient aucune réaction dans la moelle par les méthodes habituelles, sans qu'ils aient pu donner une explication suffisante de ces résultats négatifs. Ce ne sont pas seulement les expérimentateurs de l'école de Van Gehuchten qui ont éprouvé des mécomptes et ce n'est pas la méthode de fixation qu'il faut incriminer, comme le pense Sträussler.

Il est certain, comme le dit Van Gehuchten, qu' « après la section

ou la ligature d'un nerf moteur spinal, cette chromatolyse peut faire défaut ». De Neef, qui n'a opéré que par arrachement ou rupture pour ses recherches positives, va même jusqu'à dire que « pas une fois nous n'avons pu obtenir la chromolyse dans les cellules d'origine d'un nerf spinal *sectionné, ligaturé, comprimé* ou même *réséqué* ».

20. — Force nous est donc, pour le moment, de nous en tenir aux résultats positifs obtenus par ceux qui se sont le plus occupés de la question ; qui, au cours d'un nombre considérable d'expériences, sont parvenus à juger avec une certaine habileté et une critique suffisamment éclairée les préparations obtenues dans des conditions dont ils connaissaient exactement l'importance. Nous devrons faire ici une sélection dont nous sommes les premiers à regretter la nécessité, mais à laquelle l'importance du sujet nous oblige.

21. — De nombreux arguments, des preuves d'ordre anatomopathologique et clinique des plus diverses nous portent à admettre la réalité des localisations motrices très différenciées ; mais il s'agit d'abord d'en obtenir une démonstration absolue par quelques faits simples et clairs, dont l'explication ne peut laisser aucun doute. Nous les trouverons dans les travaux exposés dans le chapitre suivant.

La méthode suivie dans ces études est spécifique des recherches de localisation : elle consiste à retrouver dans la moelle la répercussion *localisée* d'un traumatisme *localisé* produit récemment à un endroit déterminé de la périphérie. La relation fonctionnelle de ces territoires ne peut offrir aucun doute. Leur relation anatomique peut être démontrée dans des limites si étroites qu'elles en imposent à l'esprit.

Enfin, au moyen des connaissances ainsi acquises expérimentalement chez les animaux, il est possible de donner l'explication des faits cliniques et anatomopathologiques obtenus par d'autres méthodes et d'élaborer même un plan d'ensemble qu'il s'agira de contrôler et de compléter par des recherches futures.

D. — RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

22. — En indiquant les lésions médullaires observables par la coloration au bleu de méthylène après la section des nerfs périphériques, Nissl montra en même temps toute l'importance de cette méthode et dans le titre de sa communication de 1894 il enseigne déjà son utilité pour la recherche des localisations. Les expériences de Nissl avaient porté particulièrement sur les nerfs du membre antérieur ; les indications concernant la localisation médullaire des noyaux d'origine sont très vagues et non figurées. Nissl n'avait trouvé qu'une distribution assez diffuse des lésions : les cellules altérées, dit-il, ne sont pas réunies en des groupes compacts (nicht in geschlossenen Gruppen). Il n'y a pas d'entrecroisement pour les nerfs rachidiens.

Les nerfs craniens réagissent plus vite que les nerfs du membre supérieur et ceux-ci plus rapidement que ceux du membre inférieur. La réaction centrale est d'autant plus intense que le traumatisme est plus près de l'origine réelle du nerf, quel que soit la nature de ce traumatisme, pourvu qu'il y ait solution de continuité. Il existe des différences d'une espèce animale à l'autre.

Ces faits nouveaux, et les expériences auxquelles ils incitèrent, furent d'abord largement mis à profit pour la discussion, alors à l'ordre du jour, sur la nature et la pathogénie des polynévrites. A cette discussion les auteurs français ont activement apporté une contribution prépondérante et les mémoires de Brissaud, de Raymond, de Ballet et Dutil, de Dejerine, de Marinesco sont suffisamment connus. A Berlin également Leyden, Goldscheider, Oppenheim, Flatau et tant d'autres confirmèrent l'existance des réactions à distance dans bon nombre d'altérations périphériques. C'est aussi de cette époque que date l'étude si condensée de Klippel et Durante sur les dégénérescences rétrogrades.

Mais les recherches expérimentales faites à cette occasion ne nous apprirent rien de neuf par rapport au problème plus précis des localisations médullaires. On m'excusera donc de ne pas les passer en revue.

Je désire réserver pour un chapitre spécial les expériences que j'ai commencées en 1897 en vue d'élucider divers problèmes concernant les localisations médullaires.

a) Recherches de Marinesco.

23. — Comme nous l'avons vu dans l'exposé historique, ce sont les faits anatomocliniques et anatomopathologiques qui ont toujours poussé aux études expérimentales.

L'examen de la moelle dans un cas de polynévrite avait permis à Marinesco de constater que le nerf sciatique tire son origine *du groupe postéro-externe* de la corne antérieure.

De l'étude d'un cas de syringomyélie, nous apprenons, en outre, que :

« Les centres des muscles extenseurs du poignet ont leur siège principal dans le groupe antéro-externe de la corne antérieure. »

« Que les noyaux d'un nerf ne présentent pas la même situation relative à divers segments de la moelle, mais qu'ils subissent un mouvement en vertu duquel ils abandonnent leur position primitive et qu'un autre noyau vient prendre leur place. »

Grâce à ces observations Marinesco parvient à expliquer la pathogénie de l'attitude connue sous le nom de main de prédicateur.

En collaboration avec Souques, Marinesco avait également étudié une moelle épinière dans un cas d'amputation congénitale des doigts.

Des recherches anatomopathologiques au moins aussi précises avaient déjà été faites par d'autres auteurs, mais il importe d'indiquer les travaux qui devaient tout particulièrement encourager Marinesco à entreprendre l'étude expérimentale des localisations médullaires.

24. — Les premières expériences faites en *sectionnant* des nerfs chez le cobaye, le chien et le lapin n'ayant pas donné des

résultats positifs, l'expérimentateur varia l'intervention, tantôt réséquant, tantôt arrachant le tronc nerveux. Dès lors il obtint des réactions localisées assez nettes et assez constantes pour pouvoir donner une notion de l'origine réelle des nerfs musculo-cutané, radial, médian, cubital.

Les conclusions du premier travail, publié en 1898, sont les suivantes :

« 1° La solution de continuité d'un nerf spinal, pratiquée dans certaines conditions, suffit à elle-même pour produire la chromatolyse qui caractérise les sections nerveuses ;

» 2° Cette réaction ainsi produite peut nous servir à déterminer la topographie des noyaux des nerfs médullaires ;

» 3° Habituellement, chaque nerf tire ses origines d'un noyau principal et des noyaux accessoires ; le noyau principal constitue une masse bien circonscrite, excepté pour le médian et le cubital qui ont un noyau principal commun ;

» 4° Chaque nerf spinal tire ses origines de plusieurs segments médullaires, deux, trois et même davantage. »

Ce qui distingue ces conclusions de celles de Nissl, c'est qu'elles comportent l'existence de *noyaux bien déterminés*, formés par des territoires cellulaires *nettement circonscrits*, alors que Nissl avait parlé d'un certain degré de dissémination des cellules en réaction.

Peut-être cette divergence d'opinion était-elle due à ce que Nissl ne fait pas d'inclusions, tandis que Marinesco inclut ses préparations, ce qui lui permet de faire des coupes plus méthodiquement sériées.

Marinesco essaye d'expliquer l'origine partiellement commune du médian et du cubital par « la ressemblance de distribution » que ces nerfs présentent.

En arrachant tous les nerfs du plexus brachial à la fois, Marinesco a constaté une étendue plus grande des régions atteintes qu'en arrachant isolément chacun des nerfs de ce plexus pour en faire ensuite la somme. Plus spécialement, le noyau antéro-interne, ou noyau médian, ne participe pas aux réactions quand on arrache isolément les nerfs. Il se trouve atteint dans l'arrachement total du plexus.

La suite ayant démontré que le noyau médian a des fonctions

motrices étroitement liées à l'innervation des territoires dépendant des rameaux postérieurs des nerfs rachidiens, on comprend qu'un *arrachement étendu* puisse entraîner facilement des réactions inflammatoires de ces branches postérieures ou même leur arrachement simultané. Marinesco signalait le fait sans pouvoir suffisamment l'expliquer ; il considérait les cellules intactes comme des cellules de cordons (1898).

Les figures qui accompagnent ce travail ne sont pas très claires.

25. — Dans un travail intitulé « de l'origine réelle du nerf phrénique » Marinesco décrit des résultats obtenus après résection ou arrachement du nerf phrénique, et confirme la localisation indiquée par Kohnstamm et par moi-même.

Le nerf phrénique, d'après ces recherches, tire son origine réelle d'un noyau bien facile à reconnaître, tout au moins dans une grande partie de son étendue, et situé dans le groupe antéro-médian, au niveau des segments d'origine de ce nerf (1898).

Quelques divergences de détail sur lesquelles nous reviendrons plus tard ne sauraient diminuer la valeur de cette donnée acquise par de nombreuses expériences : lorsque des phénomènes de réaction à distance se produisent, les premières semaines qui suivent la résection ou l'arrachement du nerf phrénique, *ces phénomènes réactionnels sont limités à un noyau médullaire toujours le même, occupant une situation toujours identique dans les segments d'origine du nerf phrénique, et ce noyau n'occupe sur toute la superficie transversale de la corne antérieure qu'une étendue relativement restreinte.*

26. — En 1901, Marinesco nous donne un nouveau travail, où la méthode n'est plus discutée à fond. La réaction à distance après résection a été démontrée dans de nombreuses publications antérieures ; des élèves de Marinesco, MM. Parhon et Goldstein, ont déjà publié leurs recherches faites au laboratoire de Bucharest. Aussi l'auteur n'indique-t-il pas exactement sa manière d'opérer, il ne donne pas la nomenclature précise de ses expériences. Mais les figures sont d'une très grande et démonstrative clarté. Elles démontrent les faits suivants, observés chez le chien :

1° La résection du nerf axillaire produit une chromolyse des cellules d'un groupe situé à la partie antéro-externe de la corne antérieure, très apparent au niveau du 6me segment cervical ;

2° La résection du nerf grand pectoral produit une réaction limitée au groupe central, au niveau du 7me segment cervical ;

3° La résection du nerf du grand dentelé produit une réaction localisée dans un noyau situé au rebord antérieur de la corne, au niveau du 7me segment cervical ;

4° La résection du nerf du grand dorsal produit une réaction dans un groupe bien délimité à l'angle antéro-externe de la corne antérieure, au niveau du 8me segment cervical ;

5° La désarticulation radio-carpienne produit une réaction dans un groupe bien défini de cellules, situé à la partie postéro-externe de la corne antérieure, s'étendant du tiers moyen du 8me segment cervical jusqu'à la partie inférieure du premier dorsal.

« On peut distinguer, sur quelques coupes tout au moins, deux groupes secondaires dans le centre de la main, et seulement dans le tiers moyen du premier segment. L'un de ces groupes peut être désigné sous le nom de groupe antéro-externe et l'autre sous celui de postéro-interne. »

6° La désarticulation huméro-cubitale influence, en outre du centre de la patte, un groupe postéro-externe situé au 7me et surtout au 8me segment. C'est le centre de l'avant-bras, en apparence homogène, mais résulté de la fusion du noyau commun du médian et d'un autre situé en dehors du premier ;

7° La désarticulation scapulo-humérale produit au niveau du 6me segment une réaction dans le centre du noyau du nerf axillaire ; aux 6me et 7me dans celui des noyaux réunis du musculo-cutané et du radial ; au 8me segment, dans un groupe représentant le noyau d'innervation des muscles de la face postérieure du bras, et un autre groupe postérieur, qui constitue le centre d'innervation de l'avant-bras.

Il faudrait transcrire tout le travail de Marinesco pour rendre exactement compte des multiples preuves expérimentales et des considérations secondaires qui accompagnent l'exposé des faits.

Les figures suivantes faciliteront la compréhension de ces découvertes.

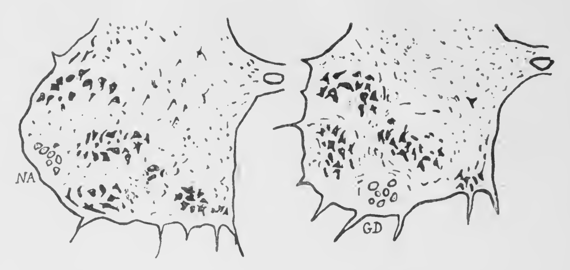


Fig. X.

Coupe pratiquée au niveau du 6me segment cervical. Elle montre les six groupes dont nous avons parlé. Le groupe externe qui représente le noyau du nerf axillaire (N. A.) est en réaction après la résection de ce nerf.

Fig. XI.

Coupe pratiquée au niveau de la 7me racine cervicale dans un cas de résection du nerf du grand dentelé chez le chien. On voit en G. D. un groupe de cellules en réaction, groupe qui constitue le noyau du grand dentelé.

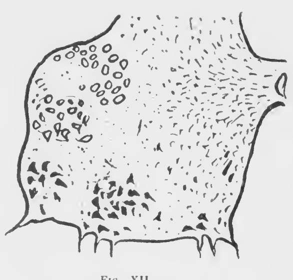


Fig. XII.

Coupe pratiquée au niveau du 1/3 supérieur du 8me segment cervical. En arrière du groupe intermédiaire qui innerve les muscles de la face postérieure du bras, on constate une masse de cellules en réaction, qui représente le centre de l'avant-bras. Désarticulation scapulo-humérale chez le chien.

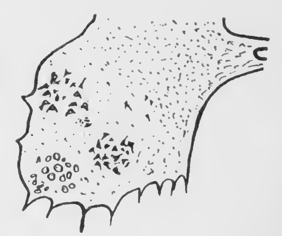


Fig. XIII.

Coupe pratiquée au niveau du 8me segment cervical après la résection du nerf du grand dorsal chez le chien. Le groupe antéro-externe, qui représente le noyau du grand dorsal, est en réaction très manifeste.

(A la partie moyenne du 1er segment dorsal, le noyau postéro-externe (centre de la patte) persiste seul.)

Nous reviendrons ultérieurement sur l'idée générale à laquelle l'auteur aboutit en les synthétisant.

Quelques remarques purement anatomiques sont encore à noter :

« L'étude comparative des altérations consécutives aux résections nerveuses et aux désarticulations semblerait démontrer, ainsi que d'ailleurs je l'ai soutenu la première fois dans mon travail sur les localisations motrices dans la moelle épinière, que le noyau de certains nerfs périphériques qui desservent plusieurs segments, tels que le radial, le médian et le cubital, ne constituent pas une colonne unique et indivisible, mais que cette colonne se bifurque dans son trajet. Il en résulte que sur des coupes transversales nous verrons assez souvent non pas un noyau unique en réaction, mais deux noyaux.

» .... Ces ramifications secondaires, correspondent habituellement aux segments que les nerfs en question desservent...

» Néanmoins, lorsqu'on étudie attentivement des pièces de résections nerveuses, on s'aperçoit que les noyaux de division des nerfs radial, médian et cubital, noyaux que je pourrais appeler du nom de noyaux secondaires ou segmentaires, ne se fusionnent nullement entre eux, mais qu'ils gardent, d'une manière générale, leur place relative. Lorsqu'ils empiètent réciproquement l'un sur la place de l'autre, alors l'un de ces noyaux est très petit et peut même faire défaut. »

27. — Le travail de Marinesco imprimé dans le *Leyden-Festschrift* contient, outre les données précédentes, une page du plus haut intérêt concernant le territoire intra-médullaire des racines cervicales. La section d'une racine détermine la chromolyse de la presque totalité des cellules ganglionnaires du segment correspondant. Mais les segments adjacents ne restent pas toujours indemnes. Le segment sus-jacent contient souvent dans sa moitié inférieure un nombre notable de cellules altérées. Pour la 8me cervicale et la 1re dorsale il y a également des cellules altérées dans le segment sous-jacent; pour ces dernières racines, l'origine réelle s'étend sur trois segments.

« Il résulte donc de ces recherches que les racines ne sont pas équivalentes au point de vue de leur rapport avec les segments médullaires ; parce qu'il y a des racines qui tirent leur origine de trois segments, d'autres qui proviennent de deux segments, et enfin, d'autres d'un seul.

» Mais toujours, c'est le segment d'où la racine tire ses origines apparentes qui fournit le plus grand nombre de fibres à une racine donnée. C'est pour cette raison qu'à ce niveau presque tous les groupes cellulaires réagissent et en totalité, avec

cependant l'exclusion du groupe antéro-interne. Il est probable que l'intégrité du groupe antéro-interne dans ce cas tient à ce que nous avons pratiqué la section des racines en dehors du canal. » Par ce procédé, le rameau dorsal, innervant les muscles du dos, avait souvent été respecté. (Voyez § 24.)

b) **Recherches de De Neef.**

28. — A la suite de nombreuses expériences et de multiples publications sur la chromolyse des cellules nerveuses, après avoir également étudié des moelles d'amputés en collaboration avec De Buck et Nelis, Van Gehuchten chargea un de ses élèves d'approfondir le problème des localisations chez le chien et le lapin.

Les recherches de De Neef n'ont donc été entreprises qu'après une longue préparation, et sous un contrôle des plus éminents. Elles offrent le grand avantage d'avoir été conduites avec ensemble et méthode, d'après un plan général bien établi. Elles forment un tout bien coordonné. Les nombreuses figures qui les accompagnent en facilitent singulièrement la lecture.

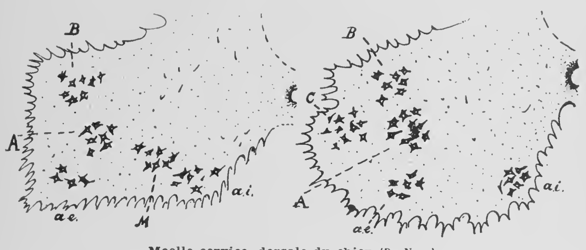
Nous avons déjà dit que De Neef eut de très grandes difficultés pour arriver à des résultats positifs et qu'il lui fallut arracher, ou tout au moins violemment rupturer les nerfs, pour obtenir la chromolyse des cellules ganglionnaires.

« Nous avons constamment fait la *rupture,* dit-il cependant, plutôt que l'arrachement, parce qu'ainsi on localise mieux. L'arrachement, en effet, est une opération aveugle : on entraîne parfois le nerf sur tout son parcours jusqu'à sa racine en même temps que des nerfs collatéraux, si bien qu'il devient difficile de savoir jusqu'où porte la lésion. C'est ainsi qu'en arrachant sur un animal le sciatique, on entraîne le plus souvent tout le plexus ischiatique, ganglions compris.

» Pour faire la rupture, nous prenons le nerf entre les mors d'une pince de Péan, et nous le déchirons brusquement.

» L'animal était sacrifié douze à seize jours après cette mutilation pour permettre l'examen de la moelle épinière par la méthode au bleu de méthylène de Nissl, telle qu'elle a été décrite par Van Gehuchten. »

La rupture isolée du musculo-cutané, du radial, du médian et du cubital d'une part ; la rupture du sciatique poplité externe, du nerf sciatique poplité interne, du nerf sciatique à la face postérieure de la cuisse, du nerf crural, du nerf obturateur, n'a donné que des lésions diffuses dans différents noyaux dont les fonctions, d'après De Neef, ont une signification nettement segmentaire, c'est-à-dire qu'ils innervent des segments de membres.



Moelle cervico-dorsale du chien (De Neef).

Fig. XIV *(Fig. 36)*. 6me segment cervical.

Fig. XV *(Fig. 37)*. 7me segment cervical.

ai, noyau antéro-interne. — *ae*, noyau antéro-externe.
M, diaphragme. — *A*, muscles de l'épaule. — *B*, muscles du bras. — *C*, muscles de l'avant-bras.

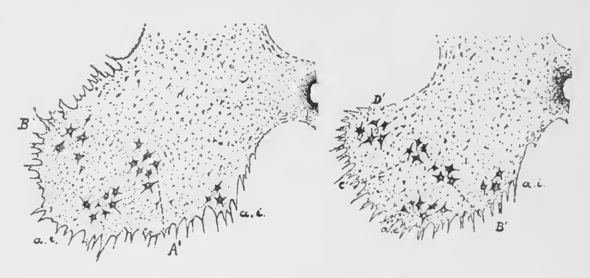
Ce n'est pas l'endroit ici de parler des dispositions générales des noyaux moteurs, mais les résultats annoncés par De Neef se superposent si étonnamment à sa théorie que nous devons bien indiquer celle-ci en même temps que ceux-là.

La rupture de tous les nerfs se rendant à la patte détermine la chromolyse d'un noyau nettement défini. La rupture des nerfs se rendant à l'avant-bras détermine la réaction dans un noyau nettement limité, situé en avant et en dehors du précédent. En arrière et en dedans du noyau de l'avant-bras, se trouve le noyau du bras. De ces trois noyaux, le premier est situé le plus bas ; les autres, surtout le dernier, se trouvent plus haut dans le renflement cervical.

Les fonctions des autres noyaux sont indiquées par exclusion ; nous n'avons donc pas à nous en occuper ici, car nous nous en tenons aux résultats positifs.

De même, dans la moelle lombaire, la rupture des fibres nerveuses s'épanouissant dans les muscles de la cuisse, celle des nerfs de la jambe, celle des nerfs du pied, produisent chacune la chromolyse dans un groupe « naturel », c'est-à-dire morphologiquement bien distinct.

En comparant alors ces résultats à ceux obtenus par la rupture des nerfs pris isolément, De Neef trouve un contrôle et une confirmation de cette localisation segmentaire.



Moelle dorso-lombaire du chien (De Neef).

Fig. XVI *(Fig. 45)*. 7

7me segment lombaire (partie inférieure).

Fig. XVII *(Fig. 50)*.

2me segment sacré.

A, muscles de la hanche. — *B*, muscles de la cuisse. — *C*, muscles de la jambe. — *D*, muscles du pied.

Il existe de légères divergences entre ces résultats et ceux obtenus par Marinesco et ses élèves ; nous y reviendrons ultérieurement.

Il est à remarquer que De Neef considère le deltoïde comme muscle de l'épaule. Les muscles de l'épaule ne sont d'ailleurs pas autrement désignés par lui. Il a trouvé un noyau unique, mais il n'a pas fait d'expérience pour y déterminer la chromolyse. Il en est de même pour les muscles de la hanche.

De Neef a résumé en un tableau synoptique les différents noyaux moteurs de la moelle du chien et de celle du lapin. Comme on le voit par la figure XVIII comparée aux figures XIV à XVII, il y a, dans cette manière d'envisager les noyaux médullaires, une grande clarté.

Tableau synoptique des colonnes cellulaires dans la moelle épinière du chien (De Neef).

		ai.	a.e.	M	A	B	C	D
2	C	•	•					
3	C	•	•	•				
4	C	•	•	•				
5	C	•	•	•	•			
6	C	•	•	•	•	•		
7	C	•	•		•	•	•	
8	C	•	•		•	•	•	•
1	D	•	•				•	•
2	D	•	•					
3	D	•	•					
4	D	•	•					
5	D	•	•					
6	D	•	•					
7	D	•	•					
8	D	•	•					
9	D	•	•					
10	D	•	•					
				M'	A'	B'	C'	D'
11	D	•	•					
12	D	•	•					
1	L	•	•	•				
2	L	•	•	•				
3	L	•	•	•	•			
4	L	•	•		•	•		
5	L	•	•		•	•		
6	L	•	•		•	•	•	
1	S	•	•			•	•	•
2	S	•	•				•	•
3	S	•	•					•

Fig. XVIII.

ai., colonne antéro-interne, et *ae.*, colonne antéro-externe, étendues sur toute la hauteur de la moelle.

M, diaphragme (par exclusion). — *A*, muscles de l'épaule (par exclusion). — *B*, muscle du bras. — *C*, muscles de l'avant-bras. — *D*, muscles de la main.

M' (?). *A'*, muscles de la hanche (par exclusion). — *B'*, muscles de la cuisse. — *C'*, muscles de la jambe. — *D'*, muscles du pied.

(La corne latérale, tractus intermediolateralis, n'est pas figurée.)

c) Recherches de Knape.

29. — Cet auteur a employé la méthode de Nissl, après avoir constaté l'insuffisance de la méthode de von Gudden pour la recherche des localisations médullaires.

La résection d'un nerf produit une chromolyse intense dans le segment correspondant à son origine apparente, les lésions sont localisées dans une partie des noyaux, mais elles existent cependant aussi dans toutes les régions de la corne du côté du nerf réséqué. Ainsi donc le nerf tire son origine principale d'un groupement déterminé et accessoirement de tous les autres groupes, y compris le groupe antéro-médian.

La section de la VIe et de la XIIIe racine dorsale, celle de la VIIe lombaire ne déterminent de chromolyse que dans le segment correspondant, sans empiéter sur les segments voisins.

Voici les nerfs sur lesquels il a été opéré et les segments dont ils tirent leur origine. L'origine de chaque nerf a été contrôlée environ quatre fois.

NERFS :	SEGMENTS CERVICAUX — SEGMENT DORSAL			
	VI	VII	VIII	I
Cubital..........		+	+	+
Médian..........		+	+	+
Radial..........	+	+	+	+

NERFS :	SEGMENTS LOMBAIRES — SEGMENTS SACRÉS						
	III	IV	V	VI	VII	I	II
Tibial...........		+	+	+	+	+	
Péronier........			+	+	+	+	+
Sciatique.......		+	+	+	+	+	+
Crural..........	+	+	+				
Obturateur......		+	+	+			

Ainsi, d'après Knape, il n'y a pas dans la moelle des noyaux nettement circonscrits d'où les nerfs des membres tireraient

leur origine comme le font les nerfs craniens dans les noyaux du bulbe. mais les différents groupes ont probablement des fonctions différentes : la flexion est fonction des noyaux latéraux, l'extension des noyaux centraux.

Le noyau antéro-médian n'est pas uniquement réservé aux muscles du dos.

d) Recherches de Parhon et de ses collaborateurs.

30. — La contribution la plus considérable à la récolte des faits expérimentaux a été faite par Parhon et par ses collaborateurs Goldstein, Popesco, Savu et Mme C. Parhon.

Voici comment nous pouvons résumer les faits démontrés par ces auteurs.

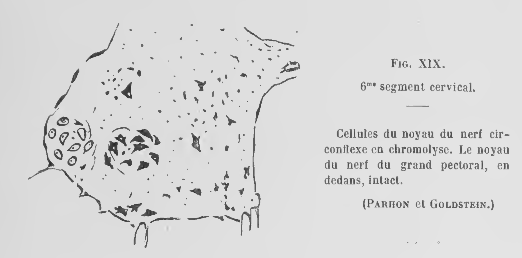


Fig. XIX.

6me segment cervical.

Cellules du noyau du nerf circonflexe en chromolyse. Le noyau du nerf du grand pectoral, en dedans, intact.

(Parhon et Goldstein.)

La résection du *sciatique poplité externe* et celle du *sciatique poplité interne* déterminent des réactions dans deux groupements respectifs, qui occupent la moitié inférieure du 4me et la supérieure du 5me segment lombaire, pour le sciatique poplité externe, tandis que les cellules du sciatique poplité interne se poursuivent jusque dans le 6me segment lombaire [1].

La résection du *nerf circonflexe,* chez le chien, détermine la chromolyse dans un noyau nettement limité, situé de la partie inférieure du 5me segment cervical jusqu'à la partie inférieure du 6me, au rebord externe et plutôt antérieur de la corne antérieure (ce nerf innerve le deltoïde, le petit rond, et donne en outre quelques filets au grand rond et au sous-scapulaire).

1. — Je n'ai pas lu ce travail original. Je cite d'après les auteurs.

La rupture du *nerf obturateur,* chez le chien, donne des lésions dans le groupe central, dans toute la moitié inférieure du 3me segment, et jusqu'à un niveau un peu plus bas que la partie moyenne du 4me segment lombaire.

La résection du *nerf du grand pectoral,* chez le chien, détermine la chromolyse dans le noyau central de la corne antérieure de la moelle cervicale, de la partie inférieure du 5me ou du commencement du 6me segment cervical, jusque dans la partie supérieure du 7me (1900).

31. — *a)* Après la désarticulation de la *main,* les cellules en réaction se trouvent déjà à la partie supérieure du 8me segment. Ces cellules constituent le noyau le plus en arrière et en dehors parmi les groupes secondaires dont l'ensemble forme le grand groupe postérieur. Le noyau en question, qui n'est formé au début que de quelques cellules, grandit à mesure qu'on descend et se trouve lui-même souvent divisé en deux groupes. Au niveau du premier segment dorsal cette colonne de cellules forme le groupe postéro-latéral.

b) La désarticulation de l'*avant-bras* démontre que son innervation provient des 7me et 8me segments cervicaux et du 1er segment dorsal. A la partie inférieure du 7me segment, nous trouvons en réaction le groupe postérieur, qui débute à ce niveau (ce serait le groupe des muscles de la région antérieure de l'avant-bras). Au niveau du 8me segment nous trouvons quatre groupes postérieurs. Le plus postérieur innerve la main, comme nous l'avons vu plus haut. Les trois autres sont aussi en réaction après désarticulation de l'avant-bras. (Le plus externe innerverait les muscles de la région postérieure ; les deux autres groupes les muscles antérieurs.) Il existe, en outre, à la partie supérieure du 8me segment, un groupe peu continu dans les coupes, un peu en avant des deux groupes secondaires, qui réagit en même temps que le plus postérieur des trois groupes de l'avant-bras et qui innerverait donc aussi des muscles de la région postérieure de l'avant-bras.

Au niveau du 1er segment dorsal ces groupes s'amincissent et s'arrêtent.

c) La désarticulation scapulo-humérale du *membre supérieur,* détermine une réaction qui commence dans la moitié inférieure

du 6me segment cervical, dans le groupe le plus postérieur, qui peut se dédoubler à maintes reprises en un groupe postéro-externe et en un groupe postéro-interne, celui-ci en même temps postérieur. Quelques cellules éparses réagissent dans le noyau central et dans le noyau intermédiaire (m. pectoral et deltoïde).

Au 7me segment apparaît un nouveau groupe plus postérieur que le précédent qui devient intermédiaire; nous savons que l'innervation des muscles antérieurs de l'avant-bras en dépend. A ce niveau, le groupe postéro-interne de l'ensemble intermédiaire a pour fonction d'innerver le triceps brachii. On trouve cependant quelques cellules malades éparses dans les noyaux secondaires antéro-externe et antéro-interne. Le noyau du triceps se continue dans le 8me segment. Dans le 1er segment dorsal il n'y a plus de cellules innervant le bras.

d) La désarticulation du *pied* produit des lésions du milieu du 5me segment lombaire jusqu'au milieu du 6me. Les cellules apparaissent d'abord par petits intervalles et se réunissent ensuite en un groupe qui prend la place du grand groupe postérieur disparu au niveau du 6me segment lombaire.

c) La désarticulation de la *jambe* produit, outre la localisation précédente, des altérations dans les deux groupes postéro-interne et postéro-externe, au milieu du 4me segment lombaire; ces groupes dépassent un peu le milieu du 5me, en avant du point où le noyau du pied commence.

Le groupe postéro-interne est le noyau du nerf tibial et le postéro-externe celui du nerf péronier commun.

d) Après désarticulation de la *cuisse* les lésions commencent vers le milieu du 3me segment lombaire. Le groupe externe, qui représente le noyau du nerf fémoral, le groupe central qui est le noyau du nerf obturateur, sont en réaction. Plus bas, là où il y a six groupes, les cellules des noyaux centraux et intermédiaires, par continuation des noyaux précédents, agissent, par le nerf sciatique, sur les muscles postérieurs de la cuisse.

Ces nerfs ont donc leurs noyaux d'origine circonscrits ; cependant en beaucoup d'endroits ces noyaux présentent des subdivisions appréciables (1901).

32. — Dans une nouvelle série d'expériences, Parhon et Mme Parhon « cherchent à trouver, dans les amas cellulaires

qui correspondent aux muscles de la jambe, la part qui revient à chaque muscle en particulier ».

Ils ont donc *extirpé* des muscles et recherché dans la corne antérieure les altérations consécutives à cette extirpation. « Ces altérations ne sont pas très grandes. Le corps cellulaire est un peu augmenté de volume, mais le noyau ne se déplace pas ou rarement ; la dissolution des éléments chromatophiles n'est pas bien avancée, il existe plutôt une désagrégation de ces éléments. On reconnaît la première phase de la chromatolyse. Nous avons rencontré, dans beaucoup de cellules, l'aspect spécial que Marinesco vient de décrire dans une récente communication faite à la Société de Neurologie de Paris. Ces altérations, pour n'être pas très grandes, sont suffisantes pour faire les recherches sur les localisations. Leur peu d'intensité s'explique par le fait que, en réséquant les muscles de la jambe, on atteint le cylindraxe loin de la moelle et on enlève une partie minime de cette partie du neurone moteur (1901-1903). »

m. Sterno-cleido-mastoïdien : Chez le chien, ce muscle est formé de quatre faisceaux groupés en deux masses qu'on peut considérer comme deux muscles séparés. Aussi l'extirpation de chaque masse produit-elle une réaction dans un groupement de cellules nettement distinct. L'extirpation des deux masses produit la somme des effets provoqués par les extirpations isolées.

Dans la région de transition entre la moelle cervicale et le bulbe il existe deux noyaux centraux. C'est le groupement central interne qui innerve le sterno-mastoïdien. Dans le 1er segment cervical, le noyau central externe disparaît, mais en dehors et un peu en arrière du noyau du faisceau ou muscle sterno-mastoïdien commence le noyau des trois autres faisceaux du sterno-cleido-mastoïdien. Le noyau central interne disparaît vers la partie supérieure du 2me segment cervical.

Le groupe externe postérieur, dont le début se trouve dans le 1er segment, après la disparition du noyau central externe, en dehors et en arrière du noyau central interne (sterno-mastoïdien), se continue sur toute la hauteur des 2me, 3me, 4me, 5me et dans la partie supérieure du 6me segment. Topographiquement, il se place en arrière et un peu en dehors du noyau du nerf

phrénique, en avant et en dedans du noyau du grand pectoral, aussitôt que celui-ci apparaît. — Ce noyau tout entier entre en chromolyse par l'extirpation des portions cervicale de la nuque, cervicale mastoïdienne et brachiale du muscle sterno-cleido-mastoïdien.

Dans chacune des expériences, la partie restée presque entièrement intacte contenait cependant quelques cellules malades. Les auteurs attribuent ces altérations aux traumatismes de voisinage inévitables au cours de l'opération.

m. Biceps brachial : Noyau commençant à la partie moyenne du 6me segment c., en arrière et en dedans du noyau du grand pectoral, partie interne de l'ensemble des noyaux de la région antérieure du bras. Augmente progressivement en étendue, puis s'amincit et disparaît à la partie supérieure du 7me segment.

m. Brachial interne : Noyau commençant à la partie moyenne du 6me segment c., en arrière et en dehors du noyau du grand pectoral, partie externe de l'ensemble des noyaux de la région antérieure du bras. Augmente progressivement en étendue, puis s'amincit et disparaît à la partie supérieure du 7me segment.

m. Fléchisseur superficiel des doigts : Noyau commençant dans la moitié inférieure du 7me segment cervical, groupe antéro-central, en dedans et un peu en arrière du noyau du triceps, en avant et en dedans du noyau des muscles de la main ; finit en même temps que le noyau du triceps à la partie inférieure du 8me segment.

m. Extenseur radial du carpe : Noyau apparaissant un peu plus bas que le noyau du fléchisseur superficiel, dans l'angle postéro-interne de la corne, sur presque toute la hauteur du 8me segment.

m. Grand complexus : Petit groupe situé en arrière d'un plus grand, près du bord antérieur de la corne au niveau des 1er, 2me et 3me segments cervicaux.

m. Long épineux : Noyau dans l'angle antéro-interne de la corne antérieure, au niveau des quatre premiers segments dorsaux.

m. Long dorsal : A partir du 5me segment dorsal, groupement à la partie antérieure de la corne. Ce noyau est intermittent. Il continue cependant régulièrement, s'élargit à la partie dorsale inférieure en s'appuyant vers l'angle antéro-interne de la corne. Il reste bien formé dans la moelle lombaire supérieure et y est même dédoublé. Il cesse à la partie supérieure du 4me segment lombaire.

m. Couturier : Noyau à la partie inférieure du 3me segment lombaire, en avant du noyau de l'obturateur et du noyau du quadriceps ; plus bas il occupe l'angle antéro-externe de la corne ; il disparaît à la partie inférieure du 4me segment.

m. Quadriceps femoris : Le noyau apparaît à la moitié inférieure du 3me segment l. à l'angle externe de la corne ; considérable dans le 4me segment ; finit à la partie inférieure de celui-ci.

m. Long adducteur : Groupe central, antérieur du noyau d'ensemble de l'obturateur.

m. Grand et petit adducteurs : Groupe postérieur du noyau de l'obturateur.

m. Droit interne : Groupe interne du noyau du nerf obturateur.

Ces trois groupes secondaires du noyau de l'obturateur commencent à la moitié inférieure du 3me segment et finissent à la partie inférieure du 4me segment. Ils sont imbriqués, présentant des renflements et des amincissements concordants.

m. Demi-membraneux : L'extirpation de ce muscle détermine une réaction nettement localisée dans un noyau que l'auteur décrit ainsi :

« Le noyau du demi-membraneux commence vers la partie inférieure du tiers supérieur du 4me segment lombaire, par une extrémité effilée, logée en dehors et un peu en arrière du noyau de l'obturateur, entre celui-ci et l'extrémité inférieure du noyau du crural. Un peu plus bas, le noyau de l'obturateur diminue,

tandis que celui du demi-membraneux augmente et entoure en quelque sorte la partie externe et postérieure de celui-là. On peut dans cet endroit distinguer, dans certaines coupes au moins, dans le centre du demi-membraneux, deux groupements secondaires, et nous nous demandons s'ils n'innervent pas chacun un des deux chefs que présente, chez le chien, le demi-membraneux.

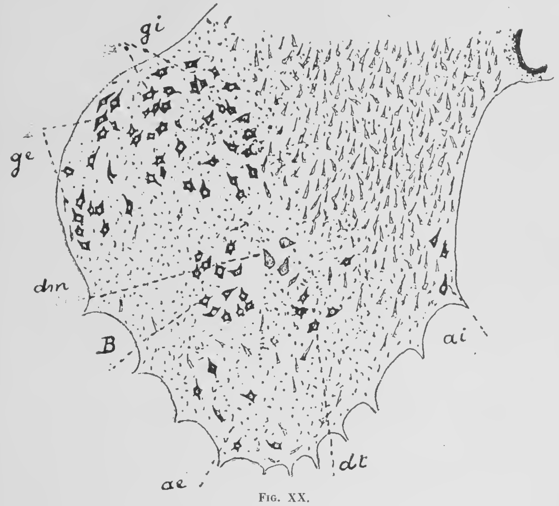


Fig. XX.

Coupe de la partie moyenne du tiers moyen du 4me segment lombaire (Parhon).

ai, groupement antéro-interne innervant les muscles de la colonne vertébrale. — *ae*, groupement antéro-externe. — *ge*, centre des muscles antéro-externes de la jambe. — *gi*, centre des muscles postérieurs. — *dm*, extrémité inférieure du noyau du demi-membraneux.

On voit, en avant de lui, l'extrémité supérieure du centre du demi-tendineux *dt* et, en dehors, celle du centre du biceps crural *B*.

» Un peu plus bas, le noyau de l'obturateur disparaît et le centre du demi-membraneux, plus arrondi à ce niveau, occupe à lui seul la partie centrale de la corne. Un peu plus bas encore, il s'effile de nouveau et disparaît vers la partie moyenne du 4me segment lombaire, tandis que, en avant et en dehors de lui, apparaissent respectivement les centres du biceps crural et du demi-tendineux. »

m. Biceps crural : Noyau débutant vers la partie moyenne du 4me segment lombaire et en dehors de celui du demi-tendineux. Vers la partie inférieure du 4me segment lombaire, nous trouvons le centre du biceps constitué par deux groupements secondaires, mais il reste à voir, par de nouvelles recherches, si un de ces groupements ne représente pas le centre de l'adducteur de la jambe, muscle fusionné, par son extrémité inférieure, avec le biceps et qui, pouvant être considéré comme un chef de ce dernier, a été enlevé en même temps que le biceps. Enfin, vers la partie moyenne du 5me segment lombaire, le centre de ce dernier muscle s'effile de nouveau et disparaît bientôt.

m. Demi-tendineux : Noyau analogue et parallèle au précédent, situé en dedans de lui, en dedans et en avant du noyau du demi-membraneux, commençant un peu plus bas et se terminant de même un peu plus bas que le noyau du biceps crural.

m. Jumeaux : Groupement secondaire de la moitié inférieure du 4e segment lombaire, occupe la partie la plus antérieure du groupement primaire postéro-interne ; ce centre descend le plus bas parmi ceux des muscles de la jambe ; dans le 5me segment lombaire, il est formé de deux groupements secondaires. Il s'arrête à la partie inférieure du 5me segment.

m. Fléchisseur superficiel : Centre de la moitié inférieure du 4me segment lombaire, immédiatement en arrière des jumeaux.

m. Fléchisseur profond : Centre apparaissant presque en même temps que le précédent, en dehors et souvent un peu en arrière de celui-ci, en arrière des jumeaux. Il finit en même temps que le précédent.

m. Jambier antérieur : Centre apparaissant vers la partie inférieure de la moitié supérieure du 4me segment lombaire, en arrière de l'extrémité inférieure du noyau du nerf crural.

Il se poursuit isolément dans une petite étendue du 4me segment, dans l'angle postéro-latéral.

Puis apparaît en arrière de lui le noyau des extenseurs.

m. Extenseur commun des orteils et extenseur propre du gros orteil : Noyau en chromolyse après l'extirpation de ces muscles, en arrière du précédent au 4me segment lombaire.

m. Long péronier latéral : Groupement situé en arrière des centres des muscles fléchisseurs superficiels, en dehors des jumeaux et du fléchisseur profond.

On voit que ces recherches expérimentales poursuivies par les mêmes auteurs sur un nombre considérable de chiens, dans les mêmes circonstances expérimentales, ont donné des résultats précis et concordants.

e) Recherches de Onuf et de Collins.

33. — L'extirpation des ganglions du grand sympathique détermine de la chromolyse dans les quatre régions suivantes de la substance grise médullaire :

1° Groupes paracentraux, situés le long du canal épendymaire ;

2° Petites cellules de la corne latérale (tractus intermedio-lateralis) ;

3° Petites cellules de la zone intermédiaire entre la base de la corne antérieure et la base de la corne postérieure ;

4° Colonnes de Clarke (quelques cellules).

Toute la région qui sépare les cornes antérieure et postérieure donné des fibres sympathiques.

Il y a des fibres croisées.

Les fibres thoraciques inférieures tirent leur origine des segments où ils pénètrent, mais quelques fibres descendent et d'autres remontent dans les segments adjacents. Elles peuvent même aller fort loin ; c'est le cas pour bon nombre de fibres de la région cervicale (1898).

Ces faits sont entièrement confirmés par les expériences de Huet (1898) et par celles de Laignel-Lavastine. *(Recherches sur le Plexus solaire, 1903,* p. 73.)

f) Recherches de Brissaud et Bauer.

34. — Ces auteurs ont eu pour but d'étudier chez le têtard et la grenouille la répartition topographique des lésions des

cellules radiculaires des cornes ventrales de la moelle après amputation des segments de membre.

Les amputation ont été faites au membre postérieur au moment de l'apparition de celui-ci chez le têtard. La moelle a été examinée de quelques semaines à plusieurs mois plus tard avec la méthode de Von Gieson, celle de Nissl, ou après colora-



Fig. XXI.

Amputation du tarse droit. — Réamputation 50 jours plus tard. (Petite régénération 25 jours après.) (Brissaud et Bauer.)

tion à l'hématoxyline-éosine. Chaque fois des altérations ont été constatées.

Le groupe médio-ventral est toujours resté intact. La lésion cellulaire est très variable, particulièrement chromolyse, atrophie et disparition, quelquefois hypertrophie.

Les amputations de segments de membre déterminent au niveau des cornes ventrales du renflement lombaire des lésions

relativement délimitées. A chaque segment de membre, répond au niveau du renflement lombaire, un groupe plus ou moins



Fig. XXII.

Noyaux moteurs des trois coupes précédentes.

limité de cellules radiculaires, mais non différencié normalement. Les groupes semblent s'imbriquer en se superposant.

Sur des coupes transversales au-dessous de la 10me racine, sur une petite hauteur, le groupe cellulaire ne contient guère que des

éléments correspondant aux muscles du pied. Au niveau de la 10e et juste au-dessus, la partie postérieure et externe du groupe latéral correspond au pied, la partie antéro-interne à la jambe.



Fig. XXIII.

Amputation de la jambe gauche (40 jours) sans régénération.

Amputation de la cuisse droite (60 jours) sans régénération.

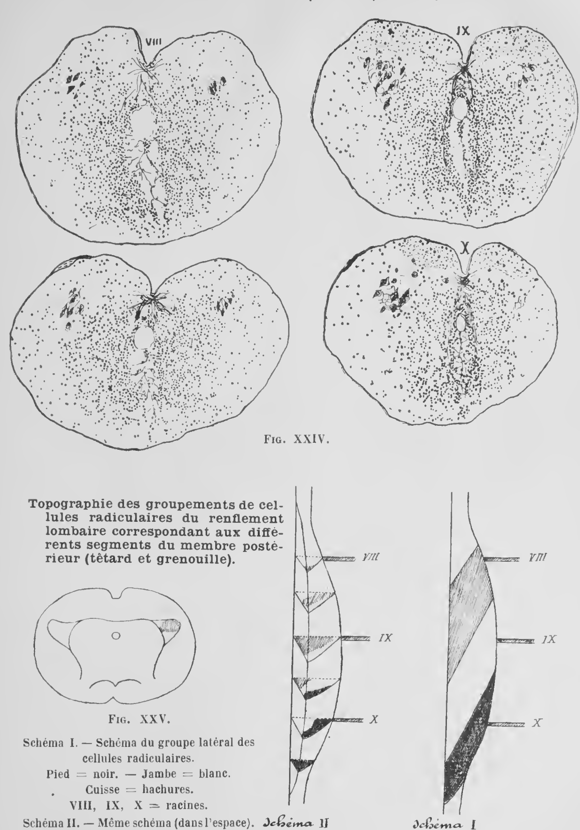


Fig. XXIV.

Topographie des groupements de cellules radiculaires du renflement lombaire correspondant aux différents segments du membre postérieur (têtard et grenouille).

Fig. XXV.

Schéma I. — Schéma du groupe latéral des cellules radiculaires.
Pied = noir. — Jambe = blanc.
Cuisse = hachures.
VIII, IX, X = racines.
Schéma II. — Même schéma (dans l'espace).

(Toutes ces figures sont du travail de Brissaud et Bauer. La moelle n'a pas été mise dans la situation normale, corne antérieure en bas, pour conserver la concordance de ces figures entre elles et avec les schémas.)

35. — Entre ces multiples résultats expérimentaux il n'y a que peu de différences, et ces différences ne sont pas essentielles.

Une remarque générale qui ne s'applique pas seulement aux neurologues, c'est que les erreurs sont presque inévitables dans les études les plus soutenues. Divers auteurs sont revenus sur des opinions précédentes, avouant sincèrement qu'ils s'étaient trompés « *par inattention* ». Souvent dans la correction des épreuves, des figures mal placées ont pu induire en erreur, des expressions incorrectes ont pu rester inaperçues. Des malentendus en sont résultés.

Le même cliché de De Neef, figure 51, 3e segment sacré, est désigné partie inférieure dans les « Mémoires couronnés de l'Académie », et partie supérieure dans le « Névraxe ».

Pour un travail de Marinesco, les figures sont à leur place exacte dans le tiré à part seulement (1901).

Dans le travail de Parhon et Goldstein (1900), sur l'origine réelle du nerf circonflexe, le cliché de la figure I se trouve à la place de celui de la figure II, ce qui rend le texte presque inintelligible.

Dans le dernier travail de De Buck le tableau synoptique des noyaux médullaires du chien, d'après De Neef, se trouve à la place de celui du lapin.

Le tableau synoptique de Onuf est mal reproduit par De Neef qui n'a pas vu que Onuf admet un groupe médian unique aux 4me et 5me segments l. et 1er sacré, ni que Onuf admet que dans la partie distale du 3me sacré le post-postéro-latéral est encore représenté. Van Gehuchten paraît s'être fié à De Neef sur ce point et Lubouschine l'a suivi.

Des erreurs plus sérieuses ont pu se produire par suite d'une interversion des pièces à examiner. Et il est arrivé à Parhon de devoir rectifier une première opinion faussée par suite d'une double expérience sur le même animal : le côté droit avait été pris dans toute une série pour le côté gauche.

On peut donc se demander si la seule grande divergence qui se trouve dans les recherches précédentes n'est pas due à une erreur semblable. De Neef localise les muscles de l'avant-bras dans un groupe où il est impossible qu'il se trouve d'après toutes les recherches subséquentes.

Il existe en outre, dans le travail de De Neef, une contradiction flagrante entre le texte et une figure. Le noyau segmentaire *D'*,

innervant les muscles du pied « s'étend dans le domaine des deuxième et troisième segments sacrés ». Mais le dessin du nerf sciatique ne donne aucune connexion de ce nerf avec les deux segments en question. De plus, ce dessin, comme le tableau synoptique, contient une erreur de numérotage ; l'auteur ayant perdu de vue que le chien a 13 (treize) paires de nerfs dorsaux et ayant numéroté les racines après ouverture de la dure-mère, il en est résulté un numérotage erroné des paires lombaires, la 2me n'étant, en réalité, que la 1re. De plus, De Neef ne donne que six paires lombaires, alors que le chien en a sept ; de cette façon s'explique la différence des résultats obtenus par lui et par Parhon. Ce dernier auteur a bien vu l'erreur de numérotage de De Neef, mais sans en remarquer l'origine. On comprend à quels malentendus ces fautes doivent conduire.

Cette erreur dans le numérotage des racines, qui paraît si grossière à première vue, est véritablement celle à laquelle on a toujours le moins pensé. C'est ainsi qu'on comprendra difficilement ce détail, cependant réel, des premières recherches de Parhon et Goldstein, détail qu'ils nous donnent eux-mêmes en examinateurs consciencieux.

« Mais il y a une autre précaution qu'il faut prendre dans ces recherches, c'est de faire la coupe des segments seulement après avoir sectionné la dure-mère. » ... « En ne prenant pas cette précaution on arrive à donner au 5me segment lombaire une hauteur beaucoup plus grande qu'il ne l'a en réalité ; c'est ce que nous avons fait, après Parhon et Goldstein, dans notre travail antérieur. Nous tenons à apporter ici les corrections nécessaires. En numérotant ainsi, on trouve que le groupement des muscles plantaires du pied finit vers la partie supérieure du 1er segment sacré et non pas vers la partie supérieure du 6me lombaire. »

Parhon et ses collaborateurs limitent le segment en sectionnant la moelle immédiatement au-dessus de la racine de même nom et immédiatement au-dessus de la racine sous-jacente.

Marinesco fait la section immédiatement sous les racines. De sorte qu'une bonne part du segment de Parhon rentre dans le segment inférieur de Marinesco lorsqu'une certaine partie de moelle sépare l'émergence des racines, ce qui est souvent le cas.

D'autres sectionnent d'après les racines postérieures, dont l'émergence est plus rapprochée d'une racine à l'autre, mais

qui ne correspondent pas exactement aux racines antérieures.

Enfin d'autres sectionnent au milieu de l'espace qui sépare l'émergence de deux racines motrices.

Afin de faciliter les recherches, je transcris ici quelques indications empruntées à Paterson et à Chauveau, dont il est bon de se rappeler la portée générale.

Nombre des Racines spinales :

	Cerv.	Thor.	Lomb.	Sacr.	Caud.	Total
Rat....................	8	11	6	2	3	30
Cobaye.................	8	13	6	2	1	30
Lapin..................	8	12	7	3	4	34
Chien..................	8	13	7	3	6	37
Chat...................	8	13	7	3	6	37
Singe " Entellus "......	8	12	7	3	4	34

Origine des plexus brachial et lombo-sacré :

Rat .... 5, 6, 7, 8 cerv. et 1 d. partiellement. — 2, 3, 4, 5, 6 lomb.
Cobaye .... 5, 6, 7, 8 cerv. et 1 d. — . — 3, 4, 5, 6 lomb. 1re sacree.
Lapin .... 5 (partiel), 6, 7, 8 et 1 d. — . — 4, 5, 6, 7 lomb. 1 s. partiel.
Chien.............. Probablement comme le chat (d'après dissection personnelle).
Chat............... 6, 7, 8 et 1 d. partiellement. — 4, 5, 6, 7 lomb. 1 s. partiel.
Singe " Entellus ". 4 (partiel), 5, 6, 7, 8 c. et 1 d. partiellement. — 3, 4, 5, 6, 7 (partiel).

La figure ci-contre de Ecker-Gaupp, reproduite par Brissaud et Bauer nous sera également utile, la grenouille étant un des plus fidèles de nos animaux de laboratoire

36. — Tandis que Knape ne retrouve de lésions que dans le segment directement en rapport avec la racine, Marinesco a trouvé des lésions souvent étendues sur un ou deux segments voisins. Il n'y a pas là d'opposition. Marinesco a méthodiquement coupé une à une toutes les racines cervicales et arrive à des conclusions

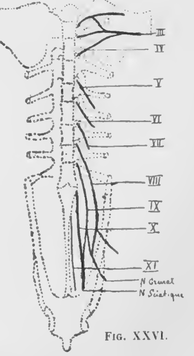


Fig. XXVI.

Émergence des nerfs rachidiens de la grenouille (d'après Ecker-Gaupp, cités par Brissaud et Bauer).

très précises. Knape n'a en vue que des racines dorsales et une racine lombaire.

Knape trouve des cellules altérées dans tous les noyaux, y compris le noyau antéro-médian. Ce résultat est isolé. Aucun des autres auteurs n'a trouvé de réactions dans le noyau antéro-médian après *résection* des branches antérieures des racines spinales. L'arrachement peut les déterminer.

Il suffit de comparer le travail de Knape aux premières recherches de Marinesco. Knape a sectionné des nerfs, faisceaux complexes ; il devra maintenant, pour compléter ses études, faire quelques extirpations de muscles et quelques amputations segmentaires.

37. — Ces premières critiques étaient utiles pour justifier la sélection que nous avons dû opérer et pour montrer qu'afin de bien juger de l'ensemble des faits acquis, il faut savoir faire abstraction des erreurs que l'incertitude des procédés d'investigation et les inattentions personnelles ont pu produire.

Tandis que De Neef n'a pas eu l'avantage de provoquer ou de reconnaître les lésions produites par l'extirpation des muscles, Knape, Ferrannini et Perusini, ce dernier surtout, ont déterminé ou vu véritablement trop de lésions. Ce n'est pas là une simple affirmation pour les besoins de la cause. C'est le sentiment de tous ceux qui ont recommencé leurs recherches à diverses reprises et à des intervalles relativement longs.

Puisqu'il ne nous est pas encore possible d'indiquer mathématiquement toutes les conditions biologiques nécessaires pour produire avec le succès espéré une lésion suffisante des cellules d'un groupe déterminé, il est encore toujours nécessaire d'acquérir une expérience personnelle éprouvée pour *apprécier* la valeur pratique d'un résultat. Et il est évident que, dans cette appréciation personnelle, on peut quelquefois se laisser guider par des théories préconçues et surtout par l'influence des premiers résultats auxquels on est arrivé. Mais après avoir tourné le problème dans tous les sens, après avoir répété les séries de recherches, les expérimentateurs se mettront facilement d'accord et, comme nous le verrons ultérieurement, c'est ce qui arrive déjà.

38. — De tout ce qui précède nous devons conclure :

a) I. Les divers groupements de cellules dans la corne antérieure ont des fonctions différentes, car ils réagissent différemment après la lésion expérimentale des nerfs périphériques qui reçoivent leurs cylindres-axes du même niveau médullaire.

II. Les racines tirent leur origne du segment correspondant, et dans certaines circonstances également des parties voisines (mais ici il faudra dorénavant bien s'entendre sur la limite des segments).

III. Les nerfs tirent leur origine d'un seul noyau ou bien d'un noyau principal et accessoirement d'autres noyaux du même niveau (ou d'après Knape, accessoirement de *tous* ces noyaux, ce que nous laisserons provisoirement en suspens).

IV. Pour tous les muscles dont l'extirpation a permis de rechercher le noyau d'innervation, on a trouvé un noyau bien délimité.

V. Les groupes cellulaires qui agissent sur un même segment de membre (article) sont voisins les uns des autres au point de pouvoir être considérés comme un grand groupement ou une zone agissant par son ensemble sur un segment déterminé.

VI. Ces zones segmentaires occupent les parties centrales et latérales (antérieure, externe, postérieure) de la corne antérieure.

VII. Les groupements cellulaires agissant sur les muscles de la colonne vertébrale occupent la partie antéro-médiane de la corne antérieure.

VIII. Les groupements en rapport avec le grand sympathique se trouvent dans la partie intermédiaire entre la corne antérieure et la corne postérieure ; transversalement, du canal de l'épendyme à la corne latérale.

b) Les méthodes actuelles sont suffisantes pour nous permettre, en répétant les expériences, de dresser la topographie très minutieuse des localisations motrices de la moelle épinière chez les mammifères et chez la grenouille.

c) Avec les données actuelles, il est possible de se faire une idée de la corrélation morphologique intime qui existe entre la substance grise de la colonne antérieure de la moelle et les muscles striés qui en reçoivent leur innervation chez le chien.

Telles sont les premières conclusions qui résultent très naturellement et sans effort, des faits expérimentaux que nous avons passé en revue.

E. — CONTRIBUTIONS ANATOMOPATHOLOGIQUES

39. — S'il nous fallait suivre pas à pas, dans l'ordre chronologique, les discussions nombreuses et les contradictions multiples auxquelles donnèrent lieu les premiers essais de localisation dans les recherches d'anatomie pathologique chez l'homme, nous aurions à passer inutilement par tant de voies détournées que l'attention ne pourrait se soutenir.

Nous tâcherons donc encore une fois de séparer, autant que possible, les faits nettement démontrés des théories diverses dont on les a souvent trop hâtivement encadrés. L'exposé des données expérimentales, fait dans les paragraphes précédents, va nous faciliter la besogne et la compréhension des résultats.

Mais tout d'abord il est indispensable de tracer en quelques lignes générales la topographie de la corne antérieure et la disposition des noyaux qu'on y rencontre. On comprend que cette description doit avoir été bien sommaire avant qu'on n'eut soupçonné l'existence des localisations. D'autre part, cependant, sitôt que celles-ci commencèrent à être connues, un nouvel écueil surgit : les auteurs voulurent soumettre la classification des noyaux aux caprices de leurs théories personnelles.

40. — Celui qui n'examine que quelques coupes par segment médullaire est porté à croire qu'une grande uniformité existe dans toute la hauteur de la moelle ; c'est ainsi que Waldeyer a décrit quatre groupes qui sont constants aux renflements cervical et lombaire et dont l'un ou l'autre disparait dans les parties intermédiaires. Groupe antéro-médian, groupe postéro-médian, groupe antéro-externe, groupe postéro-externe.

La corne latérale ou tractus intermédio-latéral s'interrompt au niveau des renflements, d'après Obersteiner. D'après Gegenbauer, les noyaux latéraux ne seraient que le développement, l'amplification et la différenciation du tractus intermédio-latéral. Nous verrons combien cette dernière idée est erronée.

L'étude par coupes sériées, *toutes* les coupes bien entendu étant examinées, nous montre que ces noyaux que l'on avait reconnu

de loin en loin comme identiques et superposables ne le sont nullement. On s'aperçoit qu'ils ne forment pas, comme on était tout d'abord tenté de le croire, une colonne unique dans toute la hauteur de la moelle. Ils s'interrompent ; en avant d'eux, en arrière, en dedans, en dehors commencent à se former de nouveaux amas cellulaires, nouvelles colonnes compactes qui elles aussi s'élargissent, puis s'effilent et s'interrompent. Et le noyau primitivement antérieur, poursuivi, coupe par coupe, sur la hauteur de quelques segments, devient intermédiaire. Un noyau central devient postéro-latéral. Un noyau postérieur devient intermédiaire.

Cette conception se renforce encore quand, au cours d'une étude anatomopathologique, on retrouve un noyau à cellules altérées. L'individualité de la masse de ces cellules se dessine davantage. La solidarité fonctionnelle est démontrée par la similitude de réaction.

41. — Acceptons donc provisoirement les dénominations suivantes pour indiquer la situation des groupements cellulaires sur une coupe de la moelle, mais rappelons-nous que ces dénominations ne s'adressent pas nécessairement à toute la colonne cellulaire dont la coupe ne nous montre qu'une tranche :

Le groupe de cellules observé dans une coupe, peut être :

Médian (ou médial) le long du bord interne de la corne antérieure,
antéro-médian,
postéro-médian.

Antérieur, au bord antérieur de la corne, en dehors de l'antéro-médian, en dedans de l'antéro-latéral,
externe,
interne.

Latéral, au bord latéral de la corne antérieure (distinct de la corne latérale),
antéro-latéral,
latéral intermédiaire,
postéro-latéral,
post-postéro-latéral.

Central, au centre de la corne antérieure,
antéro-central,
postéro-central (distinct de la corne latérale),
central interne (distinct des groupes médians).

Para-épendymaire, le long du canal de l'épendyme,
interne,
externe.

Intermédio-latéral, dans la corne latérale.

Il est à remarquer que des divisions bien plus nombreuses encore ont été faites, mais elles peuvent être facilement comprises par ce qui précède. Ainsi on parle d'un groupe postéro-latéral interne, etc.

Lorsque les auteurs furent parvenus à individualiser les noyaux de la corne antérieure, ils voulurent les grouper ou les subdiviser d'après les résultats de leurs études de pathologie ou d'après les théories qu'ils avaient cru pouvoir induire de leurs expérimentations.

C'est Bruce qui, dans sa description des noyaux de la moelle lombo-sacrée, évita le plus habilement les groupements arbitraires et, bien que son schéma soit peut-être trop simple, nous nous en rapporterons surtout à lui pour fixer les faits positifs que l'anatomie pathologique humaine nous a fournis et qui sont dus à la réaction à distance de la cellule ganglionnaire après lésion du cylindre-axe dans la périphérie.

Nous examinerons ensuite s'il est possible de tirer parti de quelques observations faites par d'autres méthodes.

42. — Parhon et Savu, après résection du grand pectoral avec lésions du grand dentelé et du deltoïde, ont trouvé des réactions dans les groupes antérieur et antéro-externe de la partie inférieure du 4me segment et de la partie supérieure du 5me segment cervical, seule partie examinée. (La description des lésions est insuffisante.) (1899.)

Parhon et Goldstein ont trouvé chez un homme dont les muscles pectoraux d'un côté avaient été extirpés pour cancer de la région antérieure du thorax avec métastase dans l'aisselle, des réactions dans le groupe central et dans le groupe antéro-externe au niveau du 5me segment. (1900.)

De Buck a trouvé dans un cas où les pectoraux étaient seuls atteints, après cancer du sein droit, la réaction dans le groupe central, depuis la partie inférieure du 5me segment cervical jusqu'à la partie inférieure du 7me segment cervical. (1902.)

Van Gehuchten et de Buck ont examiné la moelle lombo-sacrée d'un homme de 70 ans, atteint de gangrène, commencée en août, opéré le 28 octobre de désarticulation du genou. La gangrène s'étendit au lambeau ; le malade mourut le 18 novembre, vingt et un jours après l'amputation.

Les auteurs trouvent en réaction deux grands noyaux d'innervation. Un premier noyau très grand, comportant probablement plusieurs subdivisions, s'étend de l'extrémité supérieure du 5me segment lombaire jusqu'à la partie inférieure du 3me segment sacré. Un second noyau, également assez volumineux, surtout vers son milieu, mais semblant unique, commence en arrière du premier à partir du 1er segment sacré et s'étend jusque vers l'extrémité inférieure du 4me segment sacré.

Dans les noyaux dorsaux du côté opposé et dans les groupements médian et antéro-latéraux, quelques rares cellules en chromolyse. (1898.)

Dans un cas de gangrène sénile du membre inférieur, Cestan a noté la réaction au 5me segment lombaire et au 1er sacré, dans le groupe postéro-externe. (1898.)

Van Gehuchten et de Buck ont examiné la moelle d'un homme qui, dès le début de décembre de 1897, avait présenté des lésions gangréneuses dans le membre droit et avait été amputé au genou pour cette raison le 8 janvier 1898. Le malade avait, en outre, présenté de la gangrène de l'autre pied, du décubitus sacro-fessier. Gangrène au moignon d'amputation, mort le 8 février suivant, soit un mois après l'amputation. La fièvre avait constamment été intense, avec fluctuations de 37°,5 à 39° centigr.

La réation était manifeste dans deux noyaux et les auteurs concluent :

Il existe donc, à en juger par la localisation de la chromatolyse consécutive à la section des nerfs, *au niveau de la moelle lombo-sacrée, deux groupements de cellules nerveuses ou noyaux qui sont en rapport avec l'innervation motrice de la jambe et du pied, un premier noyau postéro-latéral allant depuis la partie supérieure du 5me segment lombaire à la partie inférieure du 3me segment sacré et un second noyau, postérieur au premier, allant de la partie supérieure du 2me segment sacré à la partie inférieure du 4me segment sacré.*

Ils ont en outre trouvé en réaction le noyau antérieur, du 2me segment sacré jusqu'à sa limite inférieure et ils mettent cette

lésion en rapport avec l'eschare des muscles fessiers. (Observation bien étudiée et excellentes figures.) (1898.)

Van Gehuchten et Nelis ont trouvé le noyau post-postéro latéral seul atteint quelques semaines après l'amputation des deux pieds. Ce noyau occuperait les 2e, 3e et 4e segments sacrés. (5 août 1899.)

De Buck a étudié la moelle d'un homme de 49 ans, ayant subi la résection du rectum et qui succomba vingt-un jours après l'opération. Tous les muscles striés du périnée et du rectum et les muscles lisses de ce dernier avaient été entamés. Du 3me au 5me segment sacré il y a des lésions dans le noyau médian et le noyau intermédio-latéral. Entre ces deux noyaux, en arrière des noyaux du membre inférieur, il existe des groupements assez irréguliers de cellules très petites dont quelques-unes sont également en chromolyse (1899).

Jacobsohn, chez une femme ayant présenté un carcinome du sein envahissant le plexus brachial et dont le grand sympathique du cou fut atteint trois mois avant la mort, avec pupille rétrécie et fente palpébrale réduite, trouva des réactions dans les groupes depuis le 4me segment cervical jusqu'au 1er dorsal. Les groupes médians n'étaient pas atteints ; ils ne donnent donc rien aux branches antérieures des racines. L'auteur étudie la corne latérale et conclut que le centre cilio-spinal se trouve au 8me segment cervical, dans la corne latérale *tractus intermédio latéral*. Tout le côté droit de la moelle, opposé au carcinome, était sain. (1899.)

Van Gehuchten et de Neef ont constaté dans la moelle lombo-sacrée d'un désarticulé de la cuisse, mort quelques semaines après l'opération, la chromolyse de toutes les cellules du noyau du pied, de celui de la jambe, et des noyaux antéro-externe dans les 2me, 3me, 4me segments lombaires et une colonne centrale dans les 5me lombaire, 1er, 2me et partiellement 3me sacrés. Ils concluent que ces deux derniers noyaux (3 et 5 de leur numérotage) agissent sur la cuisse. Antérieurement, Van Gehuchten et de Buck avaient décrit le noyau de la jambe et celui du pied. (1900.)

Les mêmes auteurs ont examiné la moelle lombo-sacrée d'un

homme mort douze ans après l'amputation de la cuisse. Les cellules du noyau du pied étaient normales ; celles du noyau de la jambe avaient disparu. (Cité par de Buck, 1904.)

Alexandre Bruce a examiné deux amputés, dont un amputé du genou et un amputé du membre inférieur avec résection de la hanche. Nous n'avons pas de détails sur la maladie des opérés.

Dans le cas d'amputation du genou, le groupe post-postéro-latéral est atteint (noyau des 1er, 2me, 3me segments sacrés) et le noyau postéro-latéral (noyau du 5me segment lombaire et des 1er, 2me, 3me segments sacrés). (C, fig. 27.).

Dans le second cas les seuls muscles respectés au bassin étaient : le psoas-iliaque et le pectiné, l'obturateur interne, le pyriforme et les jumeaux. Le nerf honteux avait été sectionné partiellement et peut-être même en entier. Il faut remarquer que le muscle ischio-coccygien, la partie postérieure du releveur de l'anus et du splincter anal sont innervés par la 4me racine sacrée, indépendamment du nerf honteux.

Dans ce cas, en outre des lésions présentées par le premier cas, nous trouvons la colonne postéro-latérale atteinte beaucoup plus haut, la colonne centrale dans presque toute son étendue et de même pour la colonne antéro-latérale. En outre, la partie sacrée de la colonne médiane présentait également des lésions. (E fig. 27.) On retrouve une partie restée normale au sommet des colonnes postéro-latérale, antéro-latérale et centrale aux 2me et 3me segments lombaires. Il existe de même une région normale à la partie inférieure de la colonne antéro-latérale aux 1er et 2me segments sacrés. Une partie de la colonne médiane sacrée est restée normale.

La réaction existait également dans la corne latérale *(tractus intermedio-latéral).*

L'auteur croit pouvoir placer les noyaux du psoas-iliaque et du pectiné dans les noyaux antéro-latéral, postéro-latéral et central. Les noyaux de l'obturateur interne, du pyriforme et des jumeaux dans la portion ventrale du groupe antéro-latéral aux 1er et 2me segments sacrés.

Le releveur de l'anus et le splincter anal doivent avoir leurs noyaux dans la colonne médiane des 3me et 4me segments sacrés.

D'autres muscles innervés par le nerf honteux doivent avoir leurs noyaux dans la corne latérale. (1901.)

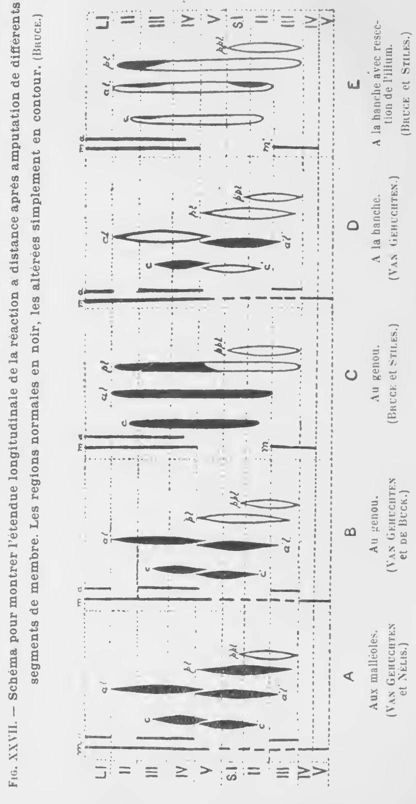


Fig. XXVII. — **Schéma pour montrer l'étendue longitudinale de la réaction à distance après amputation de différents segments de membre. Les regions normales en noir, les altérées simplement en contour.** (Bruce.)

De Buck a observé trois cas de décubitus fessier à la suite de : *a)* compression de la moelle ; *b)* cachexie générale ; *c)* gangrène

entamant en même temps à gauche le pied dans son entier, à droite les orteils seulement. La réaction à distance existait chaque fois dans la partie supérieure du groupement central, qui va de la partie moyenne du 3me segment lombaire jusqu'à la partie inférieure du 2me segment sacré.

Dans un de ces cas le décubitus était très vaste, il entamait les fessiers profonds en partie et s'étendait en bas à une partie des muscles fléchisseurs de la jambe. Dans ce cas, il y avait quelques lésions dans la partie inférieure du groupe central (du 5me lombaire au 3me sacré) et dans le groupe antéro-latéral au même niveau. Cette dernière localisation correspondrait aux fléchisseurs de la jambe.

Il semble résulter de ces recherches « que la localisation du muscle grand fessier ou du nerf petit sciatique devrait être placée dans la partie supérieure du groupement central, vers les 3me et 4me segments lombaires, au-dessous des groupements qui innervent les muscles postérieurs de la cuisse ».

Les racines, chez de Buck, portent « un segment plus bas que celles de Parhon et Goldstein ». (Numérotage des racines.) (26 VII 1902, *Journal de Neurologie.)*

Dans le cas de gangrène du pied, de Buck a trouvé en chromolyse les cellules du groupe post-postéro-latéral, et, en outre, celles de la partie inférieure des groupements postéro-latéraux interne et externe (interprétation douteuse, peut-être le pédieux). (24 VII 1902, *Belgique Médicale.)*

43. — Ces documents paraîtront bien peu nombreux et certes il serait nécessaire d'avoir plus souvent constaté des réactions identiques dans des cas comparables. Mais il est à remarquer, comme nous l'avons déjà dit, que ce sont ces études anatomo-pathologiques qui ont poussé les auteurs à faire des recherches sur les animaux pour vérifier la différenciation des noyaux médullaires. Et les résultats expérimentaux étant venus confirmer les conclusions logiques des premiers essais de localisation faits chez l'homme, il ne saurait plus être mis en doute qu'une loi générale régit l'ordonnance des centres nerveux qui sont en rapport avec le système musculaire ; en d'autres termes, qu'il existe entre ces centres et les muscles une corrélation

morphologique et fonctionnelle qu'un examen plus minutieux pourra nous faire connaître dans ses détails.

44. — La méthode de Nissl étant la seule qui laisse en place les diverses parties de la substance médullaire et qui conserve donc intactes leurs relations topographiques réciproques, les autres observations anatomo-pathologiques, soit après amputation ancienne, soit après lésion intra-médullaire, ne peuvent guère servir que comme exercice d'interprétation ; leur valeur au point de vue de la théorie des localisations est restreinte : ils bénéficieront de cette théorie sans lui apporter d'autres avantages que la preuve de sa signification pratique.

L'étude des localisations médullaires en est donc toujours à sa phase anatomique. La méthode expérimentale constitue le facteur principal de ses progrès ; c'est par là quelle s'enrichit encore journellement. Sous le contrôle de l'anatomie des racines motrices, des plexus des nerfs et de leur distribution, l'examen de la moelle humaine, après lésion périphérique d'un muscle ou d'un nerf, nous permet de délimiter les localisations motrices de la moelle chez l'homme.

45. — C'est avec ces réserves que nous allons rapporter, à titre d'exemples, quelques travaux qui ont pris pour objet l'examen de moelles d'anciens amputés ou de lésions localisées intra-médullaires.

Souques et Marinesco ont trouvé dans un cas d'amputation congénitale des doigts, « l'hémiatrophie massive de la moitié droite de la moelle (au niveau de la 1re racine dorsale et de la 8me cervicale), portant à première vue sur toutes les parties constituantes, ainsi qu'on peut s'en rendre compte aisément, en prenant comme terme de comparaison la moitié gauche de la moelle qui est normale ».

Nous passons sur les altérations des racines postérieures et des cordons qui ne nous importe pas ici. Il est intéressant de voir les auteurs employer cette expression « à première vue ». Une excellente figure nous montre que loin d'être compris dans la lésion, le groupe antéro-interne du côté malade possède au moins *dix* cellules, celui du côté normal *cinq* cellules. Nous remarquons au rebord postérieur de la corne malade une série

de sept cellules exactement disposées en deux petits groupements comme les sept cellules situées au même endroit du côté sain (c'est le début de la corne latérale tractus intermedio-latéral) au niveau de la première dorsale. Le groupe atteint est le groupe médian d'après la classification de Waldeyer, en réalité le groupe post-postéro latéral du renflement cervical qui, dans les expériences, réagit après amputation de la main. (1897.)

Marinesco, dans une étude remarquable sur un cas de syringomyélie cervicale, discutant la pathogénie de la main de prédicateur, montre qu'elle est due à l'intégrité des noyaux les plus éloignés du canal central. Les noyaux des extenseurs sont localisés plus haut et plus en dehors que ceux des fléchisseurs du poignet ; la lésion s'avançant du centre vers la périphérie paralysera d'abord les fléchisseurs, produisant ainsi un signe clinique qui peut être considéré comme pathognomonique de la localisation.

Consignons encore cette remarque que « les noyaux d'un nerf ne présentent pas la même situation relative à divers segments de la moelle, mais ils subissent un mouvement en vertu duquel ils abandonnent leur position primitive et un autre noyau vient prendre leur place ».

Cette observation, partiellement erronée, n'en contient pas moins la conception exacte de la diversité des noyaux et de leur agencement. (1897.)

Monakow, dans un cas de dilacération du plexus brachial, dit que dans la corne antérieure le groupe latéral était complètement disparu, tandis que le noyau médian était relativement intact. Il croit que la plupart des cellules qui composent ce noyau appartiennent à des neurones commissuraux. (1898.)

Flatau a décrit sommairement deux cas d'amputation du membre inférieur ayant déterminé de la chromolyse ; il n'insiste pas sur les localisations nucléaires (1897). Un travail plus récent (1899) donne des détails plus précis sur les résultats d'une absence congénitale de la main et de l'avant-bras. Il est regrettable que ce travail ne contienne pas de figures.

Dans le premier cas, il existait dans les groupes latéraux du 4[me] segment cervical au 1[er] segment dorsal une diminution assez

notable du nombre des cellules. La numération des cellules dans une série de coupes prises d'endroit en endroit nous donne la mesure de cette réduction.

	GROUPES LATÉRAUX			GROUPES MÉDIANS		
	à droite		à gauche	à droite		à gauche
IVe segment cervical...	376	—	564	85	—	69
Ve — — ...	440	—	595	61	—	74
VIe — — ...	504	—	551	64	—	55
VIIe — — ...	410	—	519	73	—	87
VIIIe — — ...	319	—	373	113	—	116
Ier — dorsal....			77 à dr.	— 62 à g.		

Dans le second cas, où existait une absence congénitale de l'avant-bras et de la main, les groupes latéraux étaient très réduits aux 7me et 8me segments cervicaux, peu ou pas au 1er dorsal.

Obersteiner fit l'examen de la moelle à partir du 4me segment cervical dans un cas d'atrophie congénitale du côté droit du sterno-cleido-mastoïdien, de la portion claviculaire du trapèze, du grand pectoral avec exception de la portion claviculaire, des sus et sous-scapulaires et du rhomboïde. L'auteur ne disposant que de la portion cervicale située en dessous du 3me segment cervical ne put donc rechercher la localisation du noyau du sterno-cleido-mastoïdien. La racine médullaire du spinal était d'égale épaisseur des deux côtés et les fibres étaient de calibre identique. Coupes sériées et numération des cellules.

Quelques asymétries de la forme de la corne, sans diminution notable. Les faisceaux de fibrilles, dans les cornes antérieures examinées par la méthode de Weigert, sont identiques des deux côtés, en nombre et en calibre.

L'attention de l'auteur ayant été mise en éveil par les travaux sur la localisation du noyau du grand pectoral, il put, après examen minutieux, constater une très faible diminution du nombre des cellules du côté correspondant au muscle atrophié, dans la région centrale des cornes antérieures. Mais cette différence était insignifiante. (1902.)

Ballet retrouve dans la moelle d'un amputé de la cuisse, opéré depuis trois ans, une atrophie de la corne antérieure, mais les cellules qui s'y trouvent sont identiques aux autres. (1897.)

Van Gehuchten a examiné la moelle lombo-sacrée d'un homme mort douze ans après l'amputation de la cuisse. Les cellules du noyau du pied étaient normales ; celles du noyau de la jambe avaient disparu [1].

Switalski a examiné quatre cas d'amputation de la cuisse de très ancienne date et un cas d'amputation de la jambe au tiers supérieur. Il ne parle que d'une atrophie en totalité de la substance grise. Ce travail date de 1901 et est intitulé *Les lésions de la moelle épinière chez les amputés.*

Magnus a examiné la moelle d'un enfant mâle né à terme privé des membres inférieurs et atteint de malformations des membres supérieurs. Les muscles périnéaux, le carré lombaire, les fessiers, le faisceau psoas et le pyriforme existaient ; le faisceau iliaque du psoas-iliaque était absent. Les noyaux médullaires étaient absents en beaucoup de points. Le noyau médian était intact sur toute la hauteur de la moelle. Le groupe antéro-latéral persiste dans la moelle lombaire, mais les groupes situés dorsalement par rapport à celui-ci, c'est-à-dire l'intermédiaire, le postéro-latéral, le post-postéro-latéral et le central sont absents. L'antéro-latéral est particulièrement développé au niveau du 1er segment lombaire. L'auteur décrit minutieusement les différentes coupes des segments lombaires. (1904.)

Lannois et Porot [2] ont publié un cas d'érythromélalgie où le tractus intermedio-lateralis se trouvait considérablement atrophié, comme du reste la corne antérieure l'était également à la moelle cervicale inférieure et à la moelle dorsale. Les auteurs croyent que dans la moelle cervicale les noyaux postéro-externes représentent le tractus intermédio-latéral ; ils se basent également sur les recherches de Laignel-Lavastine.

De Buck a fait l'autopsie d'un homme de 65 ans, mort de « syndrôme solaire » diagnostiqué avant l'issue fatale. L'examen de la moelle fit découvrir un gliôme d'une grande régu-

1. — Cité d'après De Buck (1904), publié dans *Handle der path.* Anat. des New-Syst. da Flatau, Jacobsohn et Minor, p. 140.

2. — Lannois et Porot : *Erythromélalgie suivie de gangrène des extrémités avec autopsie.* Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. Bruxelles, 1903.

larité, intramédullaire, étendu du 10me segment dorsal jusqu'au 2me lombaire. Le point de développement de cette tumeur correspondait précisément à la corne latérale, la colonne de Clarke et la corne antérieure étaient respectées.

Le même malade était amputé de la cuisse depuis 54 ans. Les cellules des noyaux de la jambe et du pied étaient encore toutes en réaction à distance. Peu ou pas de cellules avaient disparu, mais la plupart se trouvaient encore en état de réaction. (1904.)

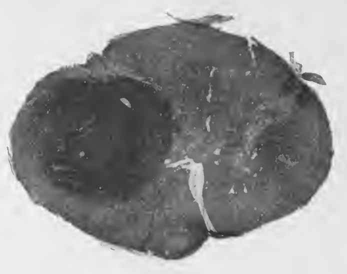


Fig. XXVIII.
Gliôme de la moelle dorso-lombaire (de Buck).

46. — On comprend que ceux qui se sont occupés du problème des localisations aient négligé de poursuivre leurs études par l'examen des cas complexes dont la lésion date de loin ou se trouve en connexion avec un processus gliomateux ou inflammatoire. Déjà, dans les cas d'amputation ou de section nerveuse récentes, il est bien difficile de réunir suffisamment de renseignements exacts sur les causes qui ont nécessité l'amputation et dont il a pu persister des névrites ou des polynévrites ; sur la fièvre et l'infection qui ont compliqué les phénomènes de nutrition cellulaire ; sur l'existence, toujours possible, de la suppuration dans la plaie opératoire. Que de doutes ne surgiront donc pas, quand le temps aura donné l'oubli et que les détails des réactions cellulaires premières se seront ternis sous la patine des années.

Mais dans l'explication de ces cas, comme dans l'interprétation des tableaux cliniques qui chaque jour exigent des connaissances plus approfondies, la notion des localisations motrices intramédullaires ne manquera pas de prendre une importance grandissante. Elle y est actuellement presque ignorée.

F. — QUELQUES OBJECTIONS

47. — Il me paraît inutile d'insister sur les résultats négatifs que la plupart des expérimentateurs ont pu rencontrer. Si les conditions d'expérimentation ont été défavorables, il peut arriver que la réaction cellulaire ne se fasse pas, sans qu'il nous soit possible de dire exactement *toutes* les raisons de ces insuccès. Mais cela ne prouve nullement que les localisations n'existent pas. De Neef n'ayant pu produire de lésions après l'extirpation d'un muscle, n'a pas nié l'existence d'une différenciation si profonde ; il en a simplement conclu que « s'il est vrai qu'une telle disposition existe dans la moelle, il n'en est pas moins vrai que le moyen nous manque actuellement pour la déceler ».

L'observation de Obersteiner, rapportée plus haut, ne prouve donc qu'une chose : c'est que la connaissance des localisations aurait pu lui permettre d'affirmer la nature des lésions atrophiques observées par le clinicien qui lui remit un bout de moelle cervicale en laissant en défaut la partie la plus intéressante. Il s'agissait d'un homme de 48 ans présentant *très probablement* une atrophie *presque* complète d'une série de muscles, sans contrôle à l'autopsie. Les fibres nerveuses de la racine spinale du spinal étaient intactes, analogues à celles du côté normal ; les fibres nerveuses réparties dans la corne antérieure étaient normales ; les noyaux cellulaires étaient normaux, sauf une différence *insignifiante* dans le nombre des cellules du noyau du grand pectoral. On pouvait donc répondre que l'atrophie n'était *très probablement* pas congénitale mais acquise après la puberté, et conseiller au clinicien de continuer ses investigations rétrospectives dans ce sens[1]. (1902.)

48. — Mais voici que différents auteurs ont tout juste abouti à l'excès contraire. Ils ont eu des résultats qui dépassaient le but. Que les lésions périphériques aient été trop violentes ou que pour d'autres causes il y ait eu des affections ou des traumatis-

1. — Linsmayer : 11 juin 1901. *Société de Psychiâtrie et de Neurologie de Vienne.*

mes concomitants, les altérations cellulaires ont été quelquefois si étendues que l'on peut prouver qu'elles ne sont pas uniquement en rapport avec le but spécial que se proposait l'expérimentateur.

Nous avons déjà vu que Marinesco, en *arrachant* toutes les branches du plexus brachial, obtenait des lésions plus étendues qu'en arrachant isolément chaque branche et en faisant la somme de ces expériences isolées. Arracher tout le plexus brachial ! Ce n'est plus opérer une action à distance, c'est produire un traumatisme tel que la mort rapide peut en être la conséquence. Nous avons vu mourir trois lapins le jour même ou le lendemain de l'arrachement du sciatique. Et les auteurs sont d'accord pour dire que l'arrachement, opération aveugle, dit de Neef, produit, d'après Van Gehuchten, Lubouschine, Sträussler, etc., une inflammation médullaire.

A la suite de la résection du nerf sciatique chez le cobaye, Ballet a trouvé des réactions d'autant plus accentuées que la survie avait été plus longue. Au 17me jour les lésions cellulaires sont assez avancées, mais sans lésions dégénératives du bout supérieur du nerf. Au 37me jour, altérations assez profondes avec disparition de bon nombre des cellules et amincissement de la moitié gauche de la moelle, manifeste pour la substance grise, douteuse pour les faisceaux blancs. Dans le nerf sciatique des dégénérescences Wallériennes rapportées aux lésions cellulaires.

Ces résultats sont concordants avec tout ce que nous savons de la réaction à distance et nous ne les rapportons que pour montrer leur contraste avec les faits avancés par Ferrannini et par Perusini.

49. — Ferrannini qui admet qu'en clinique on rencontre des lésions à distribution tantôt segmentaire, tantôt radiculaire dans la syringomyélie, a voulu contrôler par des recherches expérimentales les théories de Brissaud. Il pense que la méthode expérimentale seule pourra élucider la question. Il a fait chez des chiens, dès 1901, des amputations et des désarticulations, et il a examiné les moelles par la méthode de Nissl, quinze (15) à vingt (20) jours après l'opération. « Dans presque tous les cas on trouva des altérations cellulaires dans la substance grise des

cornes postérieures (HINTERHÖRNER[1]) du côté correspondant. » « Du côté sain il y avait également des cellules malades mais en moindre nombre. Il y avait, en outre, une *disparition* des cellules motrices du côté malade, où clairement *faisaient défaut des groupes entiers de cellules,* particulièrement dans les cas où la lésion avait été faite très près des racines. Mais ni la simple chromolyse, ni la disparition des cellules ne purent servir de criterium pour établir un arrangement topographique. »

Les figures qui accompagnent ce travail ne sont pas très probantes, et il n'est pas indiqué à quel segment elles appartiennent. On doit se demander si la rapidité et l'extrême gravité des lésions n'est pas due à des complications que nous ne pouvons que soupçonner, la relation des expériences étant fort sommaire. D'après l'auteur, il suffit de regarder les figures « pour se convaincre que la disparition des cellules, loin de répondre à la sériation de Brissaud, ne montre aucun arrangement ». Se baser sur la disparition des cellules vingt jours après mélectomie chez le chien, me paraît, en effet, une méthode qui ne saurait donner aucune indication valable, car, outre qu'elle aurait pour inconvénient de détruire les cellules qui par la méthode de la réaction à distance doivent précisément être mises en évidence, les lésions produites ne sont nullement en rapport avec ce que nous savons du phénomène de chromolyse produit dans de telles conditions. (1902.)

50. — Et cependant un autre auteur italien, Perusini, prétend avoir observé également, après quinze à vingt jours, chez le lapin, non seulement la réduction de la substance grise, mais une raréfaction des fibres à la périphérie de la moelle, surtout au niveau des cordons postérieurs. Pour l'amputation du pied même, nous trouvons les cellules du groupe postéro-interne et celles du groupe postéro-latéral atteintes et même disparues dans ce dernier groupe ; en outre, toutes les cellules du côté du segment malade sont altérées sauf deux ou trois cellules du groupe médian-antérieur. Et cette simple amputation du pied détermine de la raréfaction des fibres au pourtour de la moelle. Cette raréfaction est *très marquée* après amputation de la main.

1. — On a quelquefois traduit à tort par *cornes antérieures.*

Dans ces conditions, l'auteur se range à l'avis de Ferrannini. Il trouve insuffisantes toutes les théories avancées jusqu'ici.

Je ferai remarquer que Marinesco (1892) et Van Gehuchten (1903) qui se sont servi de la méthode de Marchi pour poursuivre les racines des nerfs après arrachement périphérique, nous disent qu'il faut attendre de trente à soixante jours pour avoir des lésions de dégénérescence myélinique observables.

Les expériences de Perusini qui trouve des raréfactions *des fibres des cordons,* de quinze à vingt jours après l'opération, me paraissent si extraordinaires que je n'oserais actuellement me baser sur elles pour en tirer quelque conclusion. (1903.)

51. — Krause et Philippson ont examiné des moelles de lapin après injections vitales de bleu de méthylène. Les préparations de ces auteurs sont d'une grande netteté et j'ai pu constater que les résultats annoncés sont réels. On peut fort bien suivre toutes les dépendances de la cellule et particulièrement le cylindre-axe jusque dans les faisceaux constituants des racines antérieures.

Ces auteurs admettent une différenciation fonctionnelle très grande des groupes de la moelle. Ils se basent sur les connexions que les dendrites des cellules établissent entre le groupe auxquelles elles appartiennent et les parties éloignées de la moelle ou des centres supérieurs. Ainsi le groupe médian envoyant ses dendrites par la commissure antérieure dans le côté opposé, ils le considèrent comme un point de passage de la voie réflexe, courte, croisée. Comme il reçoit aussi les collatérales des cordons antéro-latéraux et du faisceau pyramidal, il constitue un point de passage pour la voie réflexe, médullaire, longue, croisée. Les cellules du noyau médian envoient leurs dendrites dans la zone de sortie des fibres radiculaires.

Les fonctions des groupes latéraux et centraux sont recherchées d'une manière analogue.

Un phénomène important concerne les neurites : « Nous avons vu, en effet, que les faisceaux de neurites qui sortent de la corne antérieure sont toujours constitués par des fibres provenant de groupes éloignés et différents, et que ces fibres doivent, à cet effet, décrire des routes assez longues. Ce fait indique clairement que ces divers groupes ou, si nous considé-

rons l'ensemble de la moelle, les diverses colonnes cellulaires possèdent des rôles différents. Pour arriver à une action harmonique, les fibres provenant de ces divers groupes doivent donc se réunir et se diriger vers la même portion de la périphérie. »

Les auteurs résument ainsi leurs importantes recherches :

« Comme nous l'avons vu, la moelle épinière du lapin présente un aspect très compliqué. Par leur situation et leurs connexions principales, les cellules sont plus ou moins spécialisées.

» Les cellules latérales forment le neurone moteur des voies réflexes courtes et longues non croisées, et de la voie pyramidale. Ces diverses voies peuvent traverser une seule et même cellule. Ceci pourrait donner aux phénomènes d'inhibition un caractère intracellulaire.

» Les cellules médiales forment le neurone moteur de la voie réflexe croisée.

» Les cellules centrales forment le neurone intermédiaire de la voie réflexe longue, directe et croisée. Mais cette spécialisation est régularisée en quelque sorte par plusieurs structures. D'abord par le mélange des neurites d'origine diverse dans les faisceaux de la racine antérieure. Ensuite par deux méthodes de régularisation et d'extension des excitations, par les dendrites qui vont chercher des excitations dans des domaines éloignés, et surtout par l'action des collatérales récurrentes. » (1900-1901.)

Il est à remarquer que ces auteurs ne donnent pas la démonstration que les fascicules radiculaires constitués de fibrilles sorties des différents groupes, restent disposés ainsi jusqu'à la périphérie. C'est une pure hypothèse de leur part.

Et c'est précisément ce que la méthode de Nissl permet d'infirmer.

52. — Dejerine insiste sur les contradictions qui existent entre les auteurs qui défendent les diverses théories de localisation médullaire. Il attend des résultats plus précis. Nous réservons pour plus tard la partie polémique de sa lettre parue dans le *Journal de Neurologie*.

Des objections faites par Dejerine nous devons retenir ici que cet observateur du plus haut mérite a constamment retrouvé dans ses recherches, tant à la clinique qu'à l'autopsie minutieuse

des muscles, une distribution radiculaire de l'atrophie musculaire dans les cas d'atrophie musculaire myélopathique, dans les atrophies Aran-Duchenne, les syringomyélies, la paralysie infantile.

« Non seulement on n'a pas encore observé un seul cas d'atrophie myélopathique limitée à un muscle — ce qui, à la rigueur, ne serait pas une preuve péremptoire, car on peut toujours dire que la lésion n'est pas assez limitée pour produire cette particularité — mais, dans un groupe musculaire atrophié on ne voit pas un muscle isolé être respecté par l'atrophie, mais bien plusieurs muscles, dont l'action commune correspond à une fonction spéciale et dont l'innervation correspond également à une distribution radiculaire déterminée.

» Toutes les considérations basées sur l'anatomie pathologique et sur la pathologie expérimentale ne prévaudront jamais contre ces faits qui sont d'observation journalière. » (1900-1902.)

53. — Si nous résumons maintenant les objections qui pourraient prétendre nous faire douter de la réalité des multiples découvertes concordantes, dans leur ensemble, de Marinesco, De Neef, Knape, Parhon, Mme Parhon, Goldscheider, Savu, Popesco, Onuf et Collins, Brissaud et Bauer, de Buck, Nélis, Bruce, et de tant d'autres, nous ne trouvons que les huit lapins maltraités par Perusini, les quelques chiens de Ferrannini dont les noyaux médullaires avaient disparu en grande partie de quinze à vingt jours après l'opération, et les études plus importantes de Krause et Philippson et de Dejerine.

Mais nous avons vu que le seul argument anatomique que Krause et Philippson puissent opposer aux localisations motrices musculaires ou nerveuses consiste dans la constitution hétérogène des fascicules de fibres au sortir de la corne antérieure. Ces auteurs n'ont nullement prouvé que ces fascicules aboutissent ainsi à la périphérie. Et dès lors rien n'empêche d'admettre qu'une répartition nouvelle se fait au niveau des plexus radiculaires ou nerveux.

Quant à la fin de non-recevoir que Dejerine oppose à l'anatomie pathologique et à la pathologie expérimentale, elle ne nous empêchera pas de concentrer tous nos efforts pour lui démontrer les avantages que la clinique pourra retirer de leurs

enseignements. Et s'il existe des affections dont la distribution périphérique est nettement radiculaire, parce qu'elles atteignent d'emblée tout un segment de la moelle, la connaissance des diverses parties dont celui-ci est constitué nous permettra de dépister des lésions qui, par leur finesse, avaient échappé à des analyses très importantes déjà mais relativement plus grossières.

G. — ESSAIS DE SYNTHÈSE — THÉORIES

54. — Nous avons déjà dit que les auteurs se sont laissés guider dans la description qu'ils ont faite des noyaux de la corne antérieure par la théorie de leur choix. Et cela est assez justifié, car il est utile, pour simplifier une description, de distinguer les arrangements similaires de la moelle cervicale et de la moelle lombaire et de signaler l'homologie des noyaux. Mais cette similitude et ces analogies ne se laissent facilement reconnaître que lorque en même temps la connaissance du rôle fonctionnel de l'organe en a précisé la signification et en justifie les particularités de structure.

Nous avons maintenant réuni tous les éléments de la discussion. En séparant les faits observés et consignés des théories qui peu à peu en sont résultées, nous nous sommes mis en mesure de juger plus rapidement de la valeur des synthèses.

Il sera donc plus facile d'examiner d'abord les théories pour savoir jusqu'où nous pourrons nous fier à elles pour classifier les noyaux à décrire dans toute la hauteur de la moelle. Quelles sont ces théories ?

a) Théorie radiculaire (Dejerine).
b) Théorie fasciculaire (Krause et Philippson).
c) Théorie nerveuse (actuellement modifiée).
d) Théorie segmentaire (Van Gehuchten et Brissaud).
e) Théorie musculaire (incomplète).
f) Théorie fonctionnelle (Parhon).
g) Théorie téléologique (Marinesco).

Ces théories ne sont pas données dans leur ordre chronologique. Elles sont disposées ainsi pour la clarté de leur exposition.

a) **Théorie radiculaire** (1900).

55. — Dans son excellent ouvrage sur la *Sémiologie du système nerveux,* Dejerine émet une théorie basée sur ce fait que la distribution périphérique des lésions, observées par lui dans la plupart des maladies organiques de la moelle, répond

exactement aux fonctions des racines médullaires. Nous avons vu que les auteurs anglais particulièrement ont assigné à chaque racine un territoire musculaire et sensitif bien déterminé, auxquels se rendent les fibres constituantes de cette racine, quel que soit la complexité des plexus qu'elles doivent traverser. D'autre part, Masius et Vanlair ont constaté qu'à chaque racine répondait un territoire médullaire qui lui sert de centre réflexe et d'origine réelle.

D'après Dejerine il n'est pas possible actuellement de préciser davantage.

« Du reste, dit-il, plus je réfléchis à cette question, plus je suis convaincu que le dernier mot restera à la méthode anatomo-clinique. La clinique nous a montré que l'atrophie musculaire myélopathique a une topographie qui correspond à la distribution des racines antérieures et, un jour ou l'autre, l'anatomie pathologique nous montrera les groupes cellulaires qui commandent cette distribution.

» En résumé, rien ne prouve qu'il existe dans la moelle des localisations motrices segmentaires, ainsi que l'admettent Van Gehuchten et De Buck. Il n'y a pas non plus une localisation diffuse (Marinesco), il n'y a pas davantage une localisation motrice pour chaque muscle du corps (Sano). Tout démontre, au contraire, ainsi que je viens de l'exposer, que dans la moelle la localisation motrice est une localisation *radiculaire* [1].

» En d'autres termes, les racines antérieures de la moelle épinière proviennent de noyaux étagés les uns au-dessus des autres dans toute la hauteur de l'axe gris antérieur, chaque noyau ne fournissant de fibres qu'à la racine correspondante. On verra plus loin qu'il en est de même pour les localisations de la sensibilité. » (p. 793.)

Dans sa lettre au *Journal de Neurologie* (1902), Dejerine rappelle brièvement toutes les raisons qui confirment son opinion. Il s'occupe des nombreuses divergences qui séparent les expérimentateurs, il dénonce l'incompatibilité des diverses théories avec ses recherches cliniques.

Dejerine pense que Bruce arrive à des conclusions qui lui

1. — Notons que De Buck n'a jamais admis le côté absolu de la théorie segmentaire qui est de Van Gehuchten et Nelis *uniquement*. Quant à Marinesco, il s'est toujours défendu d'avoir jamais admis une localisation diffuse.

paraissent conformes aux siennes parce que cet auteur localise un même muscle dans plusieurs noyaux. Mais Bruce indique simplement les noyaux où pourraient se trouver les centres des muscles enlevés par l'amputation et n'ose choisir entre eux, faute d'éléments suffisants. D'ailleurs les recherches de Bruce aboutissent au contrepied de la théorie de Dejerine.

J'ai recherché les observations cliniques auxquelles Dejerine renvoie, et je trouve dans le travail de Cestan et Huet « que les troubles sensitifs se produisant au cours de cette maladie (syringomyélie) sous l'influence des lésions médullaires *peuvent,* comme les troubles moteurs, affecter une disposition radiculaire ».

Nous apprenons que d'après Charcot, Roth, Ballet, Brissaud, Brull, Dejerine, Raymond les symptômes peuvent atteindre « des segments de membres, des tronçons limités par des lignes perpendiculaires à l'axe des membres, comme des lignes d'amputation ». Que d'après Max Laehr, Hahn, Leyden et Goldscheider, Oppenheim, Von Soelder, Van Gehuchten, Schlesinger, Patrick, Dejerine, Huet et Guillain, Hauser, la disposition peut être radiculaire.

Je lis dans le second article de ces auteurs que la disposition radiculaire rencontrée dans la myélopathie « ne porte nullement atteinte aux recherches de De Neef, de Sano et de Parhon. Elle n'empêche pas, en effet, d'admettre dans chaque segment médullaire une distribution des cellules motrices en groupements correspondants à tel ou tel muscle, et c'est à ce point de vue que la méthode expérimentale pourra fournir d'utiles renseignements, faire la dissection, pourrions-nous dire, de chaque étage médullaire, etc... ». « Cependant à ce point de vue l'histoire de notre malade montre que les muscles de l'avant-bras droit doivent être subdivisées, car notre malade a conservé intacts son long supinateur et ses radiaux, tandis que sont atrophiés les autres muscles de l'avant-bras. »

Comme il ne m'est pas possible de tout revoir, je m'en suis tenu là. Ces auteurs se rangent en partie à l'opinion de Dejerine, tout en admettant la possibilité d'une adaptation des autres théories à celle-là.

Et c'est bien évident. Aucun des expérimentateurs n'a nié les faits très exactement consignés par Dejerine ; aucun n'a perdu de vue la distribution périphérique radiculaire. Mais comme le dit

Cestan, il s'agit de disséquer les éléments de chaque segment qui donne origine à la racine. On nous permettra d'aller « plus ultra ».

b) **Théorie fasciculaire** (1900).

56. — Je pense qu'il faut appeler *fasciculaire* la théorie qui se dégage des intéressantes données de Krause et Philippson. En effet, pour eux la localisation en rapport avec la périphérie s'arrête probablement aux fascicules qui vont constituer les racines. Ces fascicules, une fois formés, resteraient ainsi constitués pour se rendre aux organes qu'ils innervent.

Ces auteurs différencient les groupes de cellules dans la moelle d'après leurs relations *a tergo*, c'est-à-dire d'après leurs connexions avec les centres supérieurs et non d'après leurs relations avec la périphérie.

Cellules latérales : voies réflexes courtes et longues non croisées, et voie pyramidale.

Cellules médiales : voie réflexe croisée.

Cellules centrales : voie réflexe longue, directe et croisée.

Des neurites issus de chacun des groupes formés par ces cellules se réunissent en petits fascicules qui sortent de la moelle pour aboutir au même endroit de la périphérie.

En outre, les cellules de chaque groupe envoient leurs dendrites dans diverses directions pour recueillir autant d'excitations différenciées, et les collatérales des neurites agissent dans le même but d'association fonctionnelle.

Ainsi s'harmonisent les influences que les divers centres exercent sur les noyaux des racines médullaires ; ainsi chaque point de la périphérie reçoit la résultante des forces diverses que l'activité des centres supérieurs met en jeu.

Nous avons vu antérieurement que le détail le plus important, celui de savoir si les fascicules restent réellement associés tels qu'ils sortent de la moelle, manque de preuves. Et par la méthode de Nissl nous sommes portés à croire que cette hypothèse est erronée ou tout au moins fortement exagérée. Mais aucun contrôle combiné n'ayant été fait, à notre connaissance par les deux méthodes, nous devons réserver notre opinion.

c) **Théorie nerveuse** (1898).

57. — Marinesco, dans ses premières expériences, a cherché à déterminer l'origine réelle de divers nerfs. Ces expériences reproduisaient celles de Nissl ; elles furent aussi reprises par Knape, de Neef et d'autres, mais sans grands succès. Les résultats n'ont été précis que quand on a réséqué un nerf à distribution périphérique limitée à un organe ou à un muscle.

Ces recherches se justifient certainement, car il est intéressant de savoir quelle est l'origine réelle d'un nerf.

Mais les nerfs spinaux en général ne sont que des agrégats de fibres de diverses origines. La disposition des plexus peut varier; les anomalies ou la diversité de leur distribution sont fréquentes ; ce qui importe, c'est le point de départ et le point d'arrivée.

Marinesco n'a d'ailleurs jamais prétendu que dans la moelle il n'existât que des noyaux de nerfs. Ses recherches ultérieures lui ont bien vite prouvé que si quelquefois le nerf correspond à un seul noyau, les règles générales qui régissent les localisations médullaires sont d'ordre beaucoup plus élevé et plus complexe.

d) **Théorie segmentaire** (1899).

58. — Voici comment s'expriment Van Gehuchten et Nelis :

« Pour nous, les différents amas de cellules nerveuses qui existent à la périphérie de la corne antérieure dans le renflement cervical et dans la moelle lombo-sacrée ne sont pas en rapport avec des nerfs périphériques distincts, ils ne sont pas en rapport non plus ni avec des muscles isolés, ni avec des groupes de muscles remplissant la même fonction physiologique. Ils sont uniquement et exclusivement en rapport avec les muscles des différents segments. *La localisation motrice médullaire n'est donc ni nerveuse, ni musculaire :* ELLE EST SEGMENTAIRE. Cela veut dire que chacun des groupements cellulaires du renflement cervical en connexion avec le membre supérieur et de la moelle lombo-sacrée en connexion avec le membre inférieur, préside à l'innervation de *tous* les muscles d'un segment de membre, quel que soit le nombre de ces muscles, quelle que soit leur fonction physiologique, quels que soient les nerfs périphériques qui s'y terminent. »

Par cette théorie, les auteurs parviennent mieux à expliquer les résultats des auteurs qui ont cherché les noyaux de nerfs et n'ont abouti qu'à des conclusions assez vagues.

Il ne leur paraît pas possible de localiser des noyaux de muscles dans le noyau segmentaire. Le nombre des petits noyaux n'est pas en rapport avec le nombre des muscles périphériques qui en dépendent. D'ailleurs dans le bulbe la subdivision des noyaux n'est pas aussi étendue que celle des muscles périphériques (oculo-moteur commun et facial).

Il est difficile de se prononcer sur la possibilité d'une division du noyau segmentaire en noyaux fonctionnels agissant sur des masses musculaires. Il est probable cependant que cette subdivision n'existe pas.

« *Les cellules de la corne antérieure de la moelle cervico-dorsale et de la moelle lombo-sacrée,* qui sont en connexion avec les muscles des membres, *sont groupées naturellement en colonnes cellulaires nettement distinctes et chacune de ces colonnes représente le noyau d'origine de toutes les fibres destinées aux muscles d'un segment de membre,* abstraction faite de la valeur physiologique de ces muscles, ainsi que des nerfs périphériques qui servent à établir des connexions médullo-musculaires.

Cette théorie ne concerne que les noyaux des membres. Nous verrons plus loin la grande part de vérité qu'elle contient dans sa partie positive. Sa partie négative, refusant d'admettre les subdivisions, n'est plus soutenable.

Déjà, antérieurement, Brissaud avait esquissé la théorie métamérique. Nous la trouvons magistralement exposée dans ses leçons sur les maladies du système nerveux (1899). Les deux figures suivantes nous la rappelleront facilement. La métamérie spinale ne correspond pas à la segmentation radiculaire, mais elle n'exclut nullement cette dernière.

« Comme les membres sont des « métamères de métamères », de même les renflements droit et gauche des régions cervico-brachiale et lombo-sacrée sont des rudiments de moelles secondaires.

» La moelle épinière se prolonge donc ou, mieux encore, émet des branches spinales destinées aux membres (une pour

chaque membre) ; et chacune des quatre branches — représentée par une moitié de renflement cervical ou lombaire — a des étages superposés de sensibilité.

» Ce qui fait que, dans les altérations de la substance grise médullaire, l'anesthésie est répartie par tranches, aux membres comme au tronc, c'est que la moelle, au niveau de l'insertion des nerfs des membres, présente des renflements formés de métamères superposés comme ceux du tronc. Les métamères du renflement brachial sont étagés comme ceux de l'axe dorsal. Au plus inférieur est dévolue l'innervation des parties les plus inférieures du membre. Au plus élevé est dévolue l'innervation des parties les plus rapprochées du tronc. »

Brissaud s'appuie ensuite sur l'examen des moelles de deux amputés fait par Van Gehuchten et De Buck pour étendre à la topographie médullaire motrice la théorie proposée pour la systématisation métamérique de la sensibilité dans la moelle.

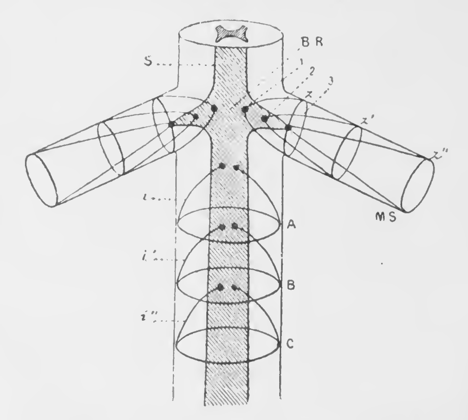


Fig. XXIX. — **Disposition métamérique du renflement brachial (schéma).** (Brissaud.)

S. Moelle épinière. — *M. S.* Membre supérieur. — *B. R.* Renflement brachial de la moelle. — *A, B, C*, métamères du tronc. — *1, 2, 3*, centres métamériques du membre supérieur. *Z, Z', Z''*, zones de sensibilité circulaire du membre supérieur correspondant aux centres métamériques 1, 2, 3. — *i, i', i''*, nerfs intercostaux (chacun d'eux correspond à un métamère primitif).

Van Gehuchten et Nelis confirmèrent cette adaptation, quoique l'expression de *métamérie* introduite par Brissaud leur parut inexacte. La métamérie motrice repose d'après eux sur une base anatomique précise.

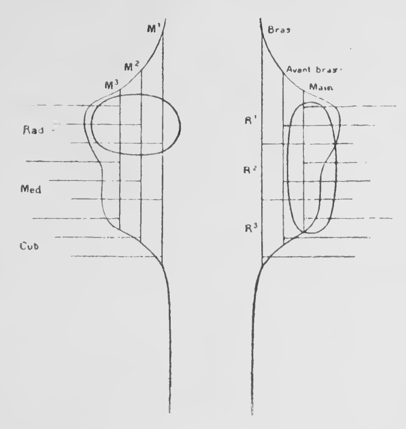


Fig. XXX. — **Le renflement cervical de la moelle.** (Brissaud.)

Rad., étage radiculaire supérieur du membre supérieur (ou étage radial). — *Méd.*, étage radiculaire moyen ou etage du médian. — *Cub.*, étage radiculaire inférieur ou étage cubital. — *M*¹, étage métamérique spinal du renflement cervical correspondant au bras. — *M*², étage métamérique correspondant à l'avant-bras. — *M*³, étage métamérique correspondant à la main.

A gauche, lésion du renflement cervical n'intéressant que l'étage radiculaire supérieur. — A droite lésion n'intéressant que l'étage métamérique de la main.

Ce qui prouve cependant que Brissaud n'a trouvé, dans les expériences faites avec Bauer, qu'une confirmation d'ensemble, *approximative* en d'autres termes, de la théorie métamérique ou segmentaire, c'est la restriction clairement concédée dans la remarque suivante :

« Nous n'avons tenu compte, dans nos recherches, que des lésions indiscutables et facilement perceptibles. D'ailleurs, nous ne pouvions prendre en considération les lésions peu accentuées, car, en raison de la disposition intersegmentaire des muscles des membres, les amputations, outre l'ablation seg-

mentaire proprement dite, lèsent en partie certains muscles, dont la nutrition et les fonctions sont ainsi modifiées ; il en résulte au niveau de la moelle de délicates altérations cellulaires qui sont, à vrai dire, surajoutées aux lésions directement en rapport avec l'ablation segmentaire. L'étude de la masse des lésions devait seulement aider à déterminer l'étendue et la disposition des zones médullaires correspondant aux segments de membres amputés. »

« Zone médullaire » nous paraît certainement une expression plus conforme à la réalité que « noyau », car de l'aveu même de Van Gehuchten et De Neef la cuisse, par exemple, est innervée par deux noyaux nettement distincts.

e) **Théorie musculaire** (1897).

59. — « Chaque muscle a son noyau d'innervation distinct. » Cette théorie qui date de 1897 et était basée dès son apparition sur des preuves anatomiques, expérimentales et anatomopathologiques, a sans cesse été citée et combattue par tous les auteurs indistinctement jusqu'en 1901. De cette époque datent les premières extirpations de muscles de Parhon et Mme Parhon. Ces derniers, depuis lors, sont allés jusqu'à trouver des noyaux distincts pour les grands faisceaux des grands muscles composés.

La théorie musculaire est incomplète. Elle n'envisage qu'une partie du problème. Elle n'entend d'ailleurs pas nier des groupements plus importants de noyaux de muscles entre eux pour former des noyaux de nerfs ou des noyaux segmentaires.

« *L'appareil nerveux central reste en corrélation anatomique et fonctionnelle avec l'organe qu'il innerve.*

» Malgré la complexité des nerfs et de leurs plexus, malgré les déviations croissantes du type morphologique primitif, l'appareil neuro-musculaire périphérique, c'est-à-dire le muscle avec les neurones qui l'innervent, conserve son unité anatomique et fonctionnelle. Dans certains cas même, l'innervation de chacun des faisceaux musculaires forme un tout et reste spécialisée.

» Les neurones de la sensibilité musculaire restent localisés au même niveau de la moelle où existe le noyau musculaire.

» Les relations directes qui, par là, se trouvent favorisées, nous font entrevoir la base anatomique de l'unité fonctionnelle neuro-

musculaire. Le muscle, les neurones sensitifs et les neurones moteurs forment un ensemble physiologique qui se trouve sous l'influence d'autres centres ou qui est associé par des voies directes et indirectes avec d'autres groupements similaires, mais qui constitue, néanmoins, un premier ensemble élémentaire suffisamment individualisé pour que nous puissions tout d'abord le considérer en lui-même.

» Nous pouvons comprendre comment les neurones sensitifs musculaires fournissent les premières excitations tonifiantes au noyau moteur, assurent la coordination des contractions des faisceaux élémentaires et garantissent leur synergie fonctionnelle (1901). »

f) **Théorie fonctionnelle** (1900).

60. — « Les localisations motrices spinales sont fonctionnelles. »

« Les grands muscles à fonction isolée, comme le quadriceps crural par exemple, possèdent un centre à part et assez isolé de ceux des autres muscles. A une fonction indépendante correspond un centre isolé.

» Par contre, les adducteurs de la cuisse et le droit interne, dont la fonction est commune, ont eux aussi des centres spéciaux, mais ces centres ont entre eux des rapports plus étroits, ils sont groupés ensemble, de telle sorte qu'ils ne forment que les groupements secondaires d'un groupement principal unique. Il en est de même, ainsi que nous l'avons montré dans un travail antérieur, pour certains muscles de la jambe. Il en est de même aussi pour les extenseurs et les fléchisseurs de l'avant-bras (1902). »

C'est la fonction qui détermine la disposition des cellules en groupements principaux et les sous-divisions de ceux-ci en groupements secondaires. Par conséquent, les localisations sont fonctionnelles.

Ainsi se trouve vérifiée, une fois de plus, cette loi fondamentale de morphologie générale que « la fonction fait l'organe ».

Parhon, qui a proposé cette conception, ne voit aucune difficulté à admettre la théorie musculaire ni la théorie de Marinesco qui s'harmonisent fort bien avec ses résultats.

g) **Théorie téléologique** (1901).

61. — Cette théorie a été avancée par Marinesco.

Les groupements naturels des cellules radiculaires ou noyaux correspondent plutôt : 1° à des muscles ou bien à des nerfs qui ont une fonction bien spécialisée, tel que le diaphragme ;

2° A des gros muscles représentés par un nerf bien individualisé comme topographie et fonction (grand dorsal, grand dentelé) ;

3° A la collectivité des différents systèmes musculaires qui ont la même fonction principale ; tels sont, les fléchisseurs de l'avant-bras, les fléchisseurs du bras, les extenseurs, etc. ;

4° Les centres médullaires des muscles d'un même segment, en vertu de leur synergie fonctionnelle très étroite, affectent des connexions très intimes, gouvernées par une loi générale. L'adaptation fonctionnelle joue un grand rôle dans la disposition des cellules en groupes.

» L'arrangement en groupes des cellules radiculaires et l'agencement de ces groupes entre eux, sont gouvernés par les lois qui ont été énoncées par Cajal pour certaines dispositions anatomiques des centres nerveux, lois qui cependant trouvent mieux ici leur application et qui sont : 1° la loi de l'économie de temps ; 2° la loi d'économie de matière, et 3° la loi d'économie d'espace, lois qui elles-mêmes relèvent, ainsi que je le pense, de la *téléologie mécanique* des centres nerveux. En effet, la concentration des cellules nerveuses en groupes permet à l'organisme de faire une économie considérable d'espace par le fait qu'un grand nombre de cellules ainsi réunies en groupes occupent un minimum d'espace possible, mais suffisant pour quelles puissent remplir leurs fonctions. D'autre part, la concentration des cellules en groupe permet à un nombre restreint de fibres pyramidales de se mettre, grâce aux collatérales, en rapport avec un grand nombre de cellules radiculaires disposées dans un ordre fonctionnel préétabli, qui assure le jeu régulier et harmonieux des différents groupes musculaires antagonistes. Il y a là sans doute une variation utile pour l'organisme et une variation de ce genre fixée par l'hérédité constitue une modification anatomique permanente qui nous explique l'existence des groupes dans la série phylogénique et ontogénique. C'est préci-

sément en vertu de cette variation utile que l'organisme effectue une économie de protoplasma.

Ces considérations nous expliquent l'harmonie intime qui existe entre l'arrangement et la topographie des muscles et la représentation de leurs centres médullaires, et pour ne considérer que les membres supérieurs, nous constatons, en effet, la disposition harmonieuse dont il s'agit. Ainsi le membre supérieur est représenté dans la moelle, chez l'homme comme chez le chien, à partir de la partie supérieure du sixième segment cervical jusqu'à la partie supérieure du premier segment dorsal. Or, au niveau du sixième segment cervical, le noyau du deltoïde est situé dans le groupe le plus externe et au-dessus du centre des muscles du bras, centre qui apparaît, ainsi que nous l'avons vu, en arrière du noyau du deltoïde. Mais le centre du bras, et il est probable qu'il en est ainsi, n'a pas la valeur d'un noyau homogène dont les groupes composants, fondus ensemble, apparaissent et disparaissent au même niveau. Au contraire, les noyaux fonctionnels qui constituent le centre du bras, c'est-à-dire les noyaux du musculo-cutané et du radial, gardent à l'égard l'un de l'autre une certaine indépendance, explicable du reste par leur fonction différente. En d'autres termes, l'agencement de ces deux noyaux dans une masse unique en apparence et qui constitue le centre du bras, a dû subir l'influence des trois lois formulées par Cajal et que j'applique de propos délibéré aux associations des groupes musculaires. Les mêmes considérations s'appliquent également au centre de l'avant-bras, lequel est composé des noyaux du médian et du cubital d'une part, et du radial d'autre part. Pour montrer combien cette loi de l'espace régit la disposition des cellules en groupes, je rappellerai que les cellules du noyau du médian et celles du noyau du cubital forment une masse plus homogène que celles du noyau du radial avec un des noyaux précédents. Je ferai remarquer que sur quelques coupes, ce sont les cellules du médian qui prédominent, et que sur d'autres, ce sont celles du cubital. La même téléologie mécanique domine la disposition des autres groupes musculaires situés au voisinage de la racine du membre supérieur ; ainsi, par exemple, le nerf scapulaire qui donne le mouvement aux muscles sus- et sous-scapulaires, situés en dedans et au-dessus du deltoïde, a son noyau d'origine

dans un groupe cellulaire qui fait son apparition au-dessus du noyau du deltoïde, dans un groupe de cellules situé en arrière du groupe antéro-externe. D'autre part, le muscle grand pectoral siégeant en dedans de la racine des membres est constitué dans la moelle par un noyau central représenté principalement au niveau du 8[me] segment. J'ai conclu de ces recherches que les groupes naturels qui existent dans la moelle épinière ne peuvent pas être considérés, strictement parlant, comme correspondant à tous les muscles d'un segment de membre, car il y a, ainsi que nous l'avons vu, des segments, tels que le bras, par exemple, qui possèdent deux noyaux absolument différents constituant des groupes naturels ne fusionnant pas ensemble.

62. — Chacune de ces théories a été émise aussitôt que leurs auteurs, émerveillés de découvertes récentes et désireux de dresser un plan d'investigations nouvelles, crurent utile de coordonner les résultats acquis. Mais ces résultats n'étant que partiels, il est évident que les théories devaient ou bien manquer d'ampleur ou bien n'être qu'approximatives.

Chacun a vu juste, mais chacun n'a vu qu'un côté de la question.

Aujourd'hui que tant d'expériences peuvent être mises en parallèle et que les théories se complètent sans trop s'opposer, il est intéressant de noter comment chaque auteur s'est laissé guider trop exclusivement par ses premières découvertes. Marinesco a commencé la série de ses expériences par la section des nerfs radial, médian, cubital : son objectif, comme il le dit lui-même, était alors de rechercher si les nerfs n'avaient pas des noyaux bien définis et sa première conclusion fut que chaque nerf a un noyau principal et quelquefois des noyaux secondaires, sauf exception. Van Gehuchten a trouvé dans la moelle lombo-sacrée de l'homme un groupement nettement circonscrit pour l'ensemble des muscles du pied, il a continué ses études en remontant dans la moelle lombaire. Il a cru à la localisation exclusivement segmentaire, alors même qu'il avait déjà dû admettre au moins deux noyaux naturels pour la cuisse. Enfin, ayant commencé exactement en sens opposé, c'est-à-dire par la partie supérieure de la moelle lombaire où la différenciation est la plus grande, pour descendre dans la suite, d'autres ont

rencontré un noyau à un endroit où un seul muscle pouvait être atteint, et ils se sont efforcés dans la suite de subdiviser les noyaux, admettant que cette subdivision devait exister, là-même où ils ne la voyaient pas encore.

Puis les faits s'étant accumulés, les théories ont dû se compléter successivement et les nouvelles synthèses ont été plus éclectiques et plus prudentes.

63. — Après le chapitre des preuves expérimentales nous avons donné des conclusions qui, d'une manière toute naturelle, sans effort, résultent indiscutablement, ce me semble, du simple exposé des faits acquis par des méthodes positives. (§ 38.)

L'anatomie pathologique n'en a rien infirmé. Les recherches physiologiques et cliniques pourront en tirer leur profit.

Il est aisé de constater que la plupart des théories y sont déjà consignées comme autant de réalités objectives.

Nous savons qu'il existe des localisations radiculaires et que le segment où se trouve l'origine apparente d'une racine contient aussi son origine réelle, sauf quelques empiètements sur les parties voisines.

Nous ne doutons plus que les noyaux naturels, c'est-à-dire les amas de cellules ganglionnaires distinctement séparés les uns des autres, ne soient disposés d'une manière constante suivant des dispositions utiles à leur fonctionnement ; que des muscles à fonction et à origine embryonnaire analogues possèdent des noyaux plus serrés les uns contre les autres que ceux des muscles en opposition fonctionnelle ; que chaque muscle possède son foyer distinct d'innervation.

Aucune de ces propositions ne nous surprend et nous ne voyons entre elles aucune discordance. Que les noyaux des masses musculaires d'un segment de membre soient groupés de telle sorte qu'on puisse parler d'une zone d'influence médullaire reproduisant dans l'accroissement de substance médullaire au niveau des renflements cervical et lombaire, une région, homologue à la région du membre qui est en connexion avec elle, cela encore n'est que fort naturel, et nous pouvons même admettre que ces noyaux se tassent quelquefois si étroitement que le tout ne forme plus qu'un seul noyau primitif. Cependant il reste à voir si le muscle pédieux ne forme pas la partie

inférieure des noyaux des muscles antérieurs de la jambe, tandis que des muscles de la région plantaire et inter-osseuse seraient seuls innervés par le noyau post-postéro latéral. Mais même si cela est, la zone médullaire agissant sur le pied, formerait encore un ensemble dont la notion est d'une grande importance.

Toutes ces données s'appliquent aussi bien à l'homme qu'aux autres mammifères.

Aux groupements musculaires fonctionnels et segmentaires répondent des groupements nucléaires concordants.

Au système musculaire différencié répond un système nerveux moteur non moins différencié.

H. — ESSAIS DE TOPOGRAPHIE MÉDULLAIRE

64. — Nous pouvons maintenant passer en revue les essais de topographie médullaire proposés par ceux qui ont eu l'attention attirée sur la différenciation fonctionnelle et anatomique des noyaux de la corne antérieure.

Nous avons dit que dans cette description les auteurs se sont souvent laissés influencer par les théories. Néanmoins, comme l'a fait remarquer Van Gehuchten, les divergences sont bien minimes et les plus grandes controverses portent sur la délimitation des segments médullaires et leur numérotage.

Un travail d'ensemble consciencieux et raisonné a été fait par Wichmann qui a relevé, dans la littérature, les indications les plus diverses sur l'origine des nerfs et des racines et les sources d'innervation de tous les muscles. Nous y trouvons que les auteurs donnent quelquefois aux nerfs les origines les plus invraisemblables. C'est ainsi que le nerf sous-clavier aurait une variabilité d'origine allant du 3me au 8me segment cervical, le nerf phrénique, du 2me au 7me, le circonflexe du 5me cervical au 1er dorsal.

Actuellement que nous savons combien on s'est trompé dans le numérotage des racines il sera toujours nécessaire de faire sur la moelle en place, avant de l'enlever du canal rachidien, des ligatures sur quelques racines qui serviront de points de repère. Il faut rechercher la racine passant sous l'axis (3me) et vérifier les vertèbres après avoir enlevé la moelle ; noter, sous la première côte, le premier nerf intercostal et voir si, en l'arrachant, on arrache la ligature placée sur le bout médullaire. Il est bon de marquer la première et la cinquième lombaire. La première racine sacrée est d'habitude la plus volumineuse. On reconnaît facilement aux coupes la cinquième lombaire, mais encore ne faut-il pas toujours se fier à cette constatation. Particulièrement en ce qui concerne la moelle sacrée le numérotage des dernières racines peut être difficile. Ce numérotage est de nulle valeur s'il est fait d'après les faisceaux de la queue de cheval détachés des ganglions spinaux. Lorsque, par suite d'une autopsie trop hâtive, et nous savons tous qu'il faut quelquefois se presser, sur-

tout quand on désire avoir des pièce fraîches, lorsque la queue de cheval a dû être sectionnée en travers, mieux vaut dessiner exactement la moelle sacrée et indiquer les sections. C'est là d'ailleurs une précaution qu'il faut toujours prendre.

Parhon et Goldstein ont décrit la moelle cervicale. Les indications de Collins reproduites par Van Gehuchten et Nelis sont trop sommaires pour pouvoir être utilisées.

Van Gehuchten et De Neef ont décrit avec précision et méthode la moelle lombo-sacrée. Il faut joindre à cette étude la recherche sur le cône terminal de Van Gehuchten et Lubouschine.

Onuf a donné une description de la moelle sacrée.

Enfin De Buck et Bruce ont donné un aperçu d'ensemble.

Je ne fais mention que des auteurs qui se sont particulièrement occupés de la topographie de la moelle humaine, après avoir contribué, par des recherches personnelles, à l'étude des localisations médullaires.

65. — Moelle cervicale. — Nous la décrirons ici d'après Parhon et Goldstein.

Dans le 1[er] segment cervical, sur les coupes où on rencontre le plus grand nombre de groupements, on peut en voir jusqu'à cinq : antéro-interne, antéro-externe, un groupement interne situé près du bord interne et en arrière du groupement antéro-interne, un autre externe situé près du bord externe et en arrière de celui antéro-externe, et enfin un groupement central.

Dans le 2[me] segment, on distingue de même que dans le 1[er], un bord interne de la corne antérieure, un externe et un autre antérieur qui présentent, en général, une direction oblique.

Dans les coupes du 2[me] segment, on voit habituellement deux groupements cellulaires antéro-interne et antéro-externe. Dans certaines coupes pourtant, notamment dans celles de la partie inférieure du segment, on retrouve encore les groupements interne, central et externe. Le groupement antéro-externe représente, à ce niveau, le noyau du nerf spinal.

Dans le 3[me] segment on trouve, à la partie supérieure, un bord antéro-externe, un autre interne, un bord externe et un autre postérieur. A la partie inférieure du segment, le contour de la corne change beaucoup, de sorte qu'on peut trouver un bord

interne, un autre antérieur, un bord antéro-externe et un autre postéro-externe.

A la partie supérieure de ce segment nous retrouvons les groupements, antéro-externe et antéro-interne. Entre les deux, apparaît un autre groupement qu'on pourrait appeler antérieur et qui occupe en même temps une position un peu centrale. En arrière du groupement antéro-externe on trouve un nombre variable de groupes. Dans la plupart des coupes on peut distinguer au moins un groupement intermédiaire et un groupement postérieur.

On voit un groupement intermédiaire, un groupement postéro-interne et un autre postéro-externe qui, à son tour, se laisse dédoubler en deux groupements secondaires qui sont peut-être indépendants l'un de l'autre. Il est plus ou moins central suivant les coupes qu'on regarde. Dans certaines coupes on ne le trouve pas du tout. En revanche, on trouve un autre groupement près du bord interne de la corne en arrière du groupement antéro-interne. Ce groupement n'est probablement que le groupement antérieur qui a changé de place.

Dans le 4me segment nous distinguons un bord interne, un autre antérieur, formant avec le précédent un angle antéro-interne très proéminent, un bord externe qui, en même temps, regarde un peu en avant, et enfin un bord postérieur. Les groupements cellulaires sont : antéro-interne et antéro-externe, qui occupent les angles qui portent le même nom, un groupe intermédiaire situé en arrière de celui antéro-externe et plusieurs (2-5) petits groupements postérieurs, disposés le long du bord postérieur de la corne. (Dans beaucoup de sections, le bord postérieur est presque horizontal.) Quelquefois, nous trouvons à la partie postérieure de la corne deux à trois petits groupements immédiatement en avant de ce bord et un à deux groupements en avant des premiers. Il est probable que quelques auteurs considèreront tous ces petits groupements comme appartenant à un seul groupe postérieur, mais pourtant leur séparation nous semble réelle.

Dans quelques coupes, nous avons vu le groupement antéro-interne divisé en deux groupements secondaires, l'un en arrière de l'autre, disposition déjà décrite à divers niveaux par quelques auteurs. Par ci, par là, nous avons trouvé 1-2 cellules

dans la position que le groupement central occupera plus bas.

Enfin, dans quelques coupes, nous avons trouvé un petit groupe antérieur.

Dans le 5me segment, le contour de la corne change un peu. Le bord antérieur est toujours un peu concave mais l'angle antéro-externe est plus arrondi et le bord externe est plutôt convexe. Dans quelques sections, ce bord paraît formé de deux lignes de sorte que nous pouvons distinguer un bord antéro-externe et un autre postéro-externe.

Cette dernière disposition rappelle beaucoup la forme de la corne du 6me segment de la moelle du chien. Les groupements cellulaires sont les mêmes, mais ici, à côté du groupement intermédiaire, apparait le groupe central et les groupements de la partie postérieure de la corne sont moins nombreux : trois et le plus souvent deux. Ces deux groupes sont, en général, plus volumineux que ceux de la partie postérieure du segment précédent. Nous pouvons les appeler postéro-interne et postéro-externe. Un peu en avant et entre les deux, on voit, dans quelques sections, quelques cellules qui appartiennent peut-être à un autre groupement plus petit. Le groupement antéro-interne se présente encore constitué dans quelques coupes par deux amas cellulaires comme dans le segment précédent. Le groupement antéro-externe, par la position qu'il occupe ici, mérite peut-être mieux le nom de groupement antérieur.

Dans le 6me segment, nous retrouvons un bord antérieur, un autre interne et un bord externe. Mais ici le bord antérieur est presque rectiligne.

Le bord postérieur manque — ou à peu près — dans la partie supérieure de ce segment où le bord externe se continue insensiblement avec le bord respectif de la corne postérieure. Plus bas, le bord externe se dédouble en un bord postéro-externe presque rectiligne et un autre antéro-externe un peu concave en dehors. Nous pouvons distinguer un groupement antéro-interne, un autre antéro-externe, un groupement antérieur situé entre les deux, un groupement intermédiaire, un autre central et 1-3 postérieurs. Enfin, dans le 7me segment cervical, nous retrouvons le bord interne, antéro-externe et postéro-externe. Nous retrouvons le groupe antéro-interne, antéro-externe, central et postérieur. Plus bas, dans le 8me seg-

ment, à la partie postérieure du groupement de même nom, apparaissent d'autres groupements de sorte qu'il devient par ce fait même intermédiaire. Plus bas, on voit trois groupements postérieurs dont un postéro-externe et deux autres postéro-internes, un en avant et un autre en arrière. Un peu plus bas apparaît un autre groupement, situé sur un plan encore plus postérieur que les autres. Vers la partie inférieure de ce segment, les groupements antéro-externe et intermédiaire disparaissent et le contour de la corne antérieure change beaucoup par ce fait. On ne trouve plus qu'un bord interne, un autre antéro-externe et un autre postéro-externe qui se continuent par un angle arrondi. C'est cette dernière disposition qui caractérise le 1er segment dorsal. On trouve, à ce niveau, le groupement antéro-interne et 4-5 groupes dans l'angle arrondi que font les bords antéro-externe et postéro-externe.

Vers la partie inférieure du premier segment dorsal, on voit apparaître dans l'angle latéral et près du bord postérieur, un groupement de petites cellules (le groupement intermédio-latéral) qui persiste seul plus bas dans le 2me segment dorsal où les groupements latéraux ne sont plus représentés. »

66. — 1. Parhon et Goldstein sont d'accord avec Collins pour mettre le début des groupements donnant l'origine réelle du plexus brachial dans la partie supérieure du 4me segment cervical.

2. Le groupement antéro-interne est en rapport avec les muscles de la colonne vertébrale.

3. D'accord avec Drumond, ils placent le noyau du phrénique dans les 3me et 4me segments. « Ce nerf doit tirer son origine du groupement antérieur du 3me segment, qui rappelle le groupement trouvé, un peu plus bas, chez les animaux dans les expériences de Sano, Kohnstam, Marinesco, et qui correspond assez bien avec la place que lui attribue Sano dans son schéma. Le groupement que nous avons trouvé près du bord interne et en arrière du groupement antéro-interne, dans quelques coupes du 3me segment et qui nous a semblé être la continuation du groupement antérieur, participe peut-être aussi à l'innervation du diaphragme. »

4. Le groupement antéro-externe représente au niveau du

1er et du 2me segment cervical, l'origine réelle du nerf spinal. Il ne descend pas au delà du 3me segment.

5. Le noyau intermédiaire doit représenter dans le 4me segment le centre des muscles sus et sous-épineux.

6. Dans le 5me segment, le groupement central est le noyau du muscle grand pectoral.

7. Le groupement intermédiaire (ou externe) est l'origine réelle du nerf circonflexe.

8. Les groupements de la partie postérieure de la corne doivent représenter les centres des muscles de la région antérieure du bras.

9. Le groupement antérieur ou antéro-externe représente l'origine réelle du grand dentelé. Reste le groupement antéro-interne qui représente ici comme ailleurs le centre des muscles de la colonne vertébrale.

10. Dans le 7me segment, le groupement central représente probablement le noyau du petit pectoral.

11. Le groupement antéro-interne est le noyau du grand dorsal.

12. Le groupement postérieur du 7me segment et le groupement intermédiaire du 8me segment est le noyau du triceps brachial.

13. Dans le 8me segment cervical le groupement postéro-externe innerve les muscles de la région postérieure de l'avant-bras et le court abducteur du pouce (muscle de la main).

14. Les autres groupements (postéro-internes) innervent les muscles de la région antérieure de l'avant-bras.

15. Un peu plus bas, toujours dans le 8me segment, le groupement le plus postérieur et interne innerve les muscles de la main.

16. Dans le 1er segment dorsal tous les petits groupements latéraux — sauf peut-être le plus antérieur — innervent les muscles de la main (le groupement le plus antérieur participe peut-être à l'innervation de l'avant-bras). On voit que les muscles de la main sont représentés, dans la moelle, comme d'ailleurs ceux des autres segments, par plusieurs groupements cellulaires.

17. Les fibres qui forment le plexus brachial commencent à

sortir de la moelle à la partie supérieure du 4me segment cervical et finissent à la partie inférieure du 1er segment dorsal.

A comparer les figures de Parhon qui sont très claires, mais malheureusement non proportionnées entre elles, avec celles de l'atlas de Bruce, on constate que le numérotage diffère d'une racine. Les figures des 2me, 3me, 4me segments de Parhon correspondent nettement à celles des 1er, 2me, 3me de Bruce. Toutes les localisations données par Parhon pour l'homme sont basées sur les deux cas de lésion du muscle grand pectoral et les multiples expériences sur les animaux. L'analogie des groupements nucléaires et l'anatomie des plexus ont pu servir de guides.

67. — Moelle lombo-sacrée. — C'est un très beau travail que celui de Van Gehuchten et De Neef, sur la moelle lombo-sacrée. Ces auteurs ont très méthodiquement analysé et décrit les noyaux tels qu'ils se présentent sur des coupes épaisses.

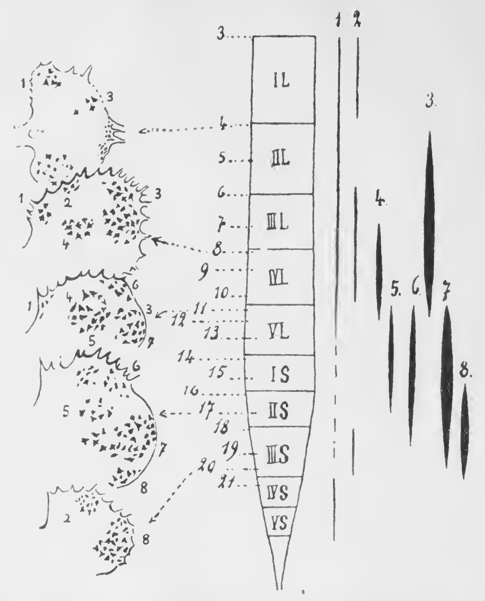
Nous savons qu'ils sont partisans de la théorie dite segmentaire ou théorie de la métamérie secondaire de Brissaud. Ils n'ont donc nullement cherché à diviser les noyaux outre mesure, ce qui eut, d'ailleurs, été difficile avec des coupes épaisses de un vingtième de millimètre.

Nous donnons ici leur schéma à côté duquel nous avons placé en réduction quelques-unes des figures représentant la disposition des noyaux sur les coupes. L'explication que nous joignons à la figure nous dispense de beaucoup de descriptions.

Le noyau intermédio-latéral n'a pas de fonctions motrices. Il est à remarquer que ce travail réserve la question de localisation des noyaux du grand sympathique.

En ce qui concerne le *noyau des muscles de la jambe*, Van Gehuchten, en collaboration avec De Buck, l'avait d'abord placé dans les segments sacrés 2, 3, 4, 5 ; après correction, dans les 1, 2, 3, 4 ; puis dans les 2, 3, 4 ; de même en collaboration avec Nelis dans les 2, 3, 4 ; plus tard, avec De Neef partie inférieure du 1, et 2, 3. Un contrôle était nécessaire, le travail sur le cône terminal apporte un correctif au travail précédent, il y est démontré par l'examen de six moelles que le noyau des muscles du pied se termine approximativement au point de réunion du 2me segment sacré avec le 3me. Malheureusement nous ne sommes pas encore fixés par là sur la limite supérieure de ce noyau,

Fig. XXXI. — Noyaux et colonnes cellulaires de la moelle lombo-sacree
d'après Van Gehuchten et de Neef.



Les numéros placés le long des segments de la moelle indiquent les numéros et le niveau des coupes reproduites dans le travail. Nous avons reproduit en réduction les figures 4, 8, 11, 17, 20 en les indiquant avec des flèches et en les plaçant environ au niveau des segments auxquels elles appartiennent.

Les numéros placés au-dessus des colonnes cellulaires à droite de la figure et en regard des groupes cellulaires dessinés dans les coupes à gauche de la figure concordent entre eux et se rapportent aux indications suivantes :

1. Groupe cellulaire antéro-interne (correspond au groupe antérieur et médian des auteurs, *noyau des muscles du tube neural).*

2. Groupe antéro-externe au 1er segment, devient intermédiaire aux 3me et 4me, forme le groupe X (de Onuf) au 3me sacré, petites cellules tassées. *Noyau des muscles du tube splanchnique.*

3. Groupement antéro-externe, forme avec 5 *le noyau segmentaire de tous les muscles de la cuisse.*

4. Groupement central. *Noyau du releveur de l'anus,* diaphragme pelvien.

5. Groupement central, forme avec 3 *le noyau segmentaire de tous les muscles de la cuisse.*

6. Groupement antéro-externe. *Noyau des muscles de la ceinture pelvienne.*

7. Groupement postéro-latéral. *Noyau des muscles de la jambe.*

8. Groupement post-postéro-latéral. *Noyau des muscles du pied.*

mais il est important de noter que Van Gehuchten se range à l'avis de Raymond pour indiquer la définition du cône terminal : *Le cône terminal comprend, au point de vue anatomique comme au point de vue clinique, les trois derniers segments sacrés et le segment coccygien.* La région médullaire, comprenant le 5me segment lombaire et les deux premiers segments sacrés, peut être dénommée l'*épicone* suivant la proposition de Minor.

Le cône terminal renferme le centre anal, le centre vésical et le centre des fonctions sexuelles.

68. — Onuf, dans son étude sur la moelle sacrée, donne un tableau synoptique qui a été discuté, amélioré par Van Gehuchten et De Neef. La description de Onuf est intéressante parce qu'elle a bien fixé l'attention sur le groupe X à fonctions encore indéterminées, composé de petites cellules tassées, situé de la partie proximale du 2me segment sacré à la partie proximale du 3me. Il agirait, d'après lui, sur les muscles striés de l'érection et de l'éjaculation chez l'homme, de l'érection clitoridienne et du sphincter vaginal de la femme.

Ensuite Onuf a donné le nom fort significatif de noyau post-postéro-latéral au noyau des muscles du pied de Van Gehuchten et De Buck. Ce noyau, d'après Onuf, existe du 1er segment sacré jusqu'à la partie distale du 3me segment.

Par la méthode de Nissl, Onuf a déterminé la localisation des noyaux médullaires du grand sympathique, localisation que Laignel-Lavastine, de son côté, a trouvé aux mêmes endroits par la même méthode et qu'il décrit dans sa thèse si documentée et si intéressante sur le plexus solaire (1903).

Dans la moelle sacrée la corne latérale, si mal désignée sous le nom de tractus intermédio-latéral et que Onuf propose de nommer colonne végétative, forme comme un coin enfoncé entre la base de la corne antérieure et celle de la corne postérieure.

Elle est divisée en trois noyaux, un antéro-externe, un postéro-externe et un central. Là se trouvent localisés les muscles lisses d'expulsion du rectum, de la vessie et de l'urèthre ou de l'utérus. Les muscles du périnée et les sphincters de l'anus et de la vessie se trouveraient, au contraire, dans le groupe postéro-médian.

69. — Étude générale. — Se basant sur ses nouvelles recherches, De Buck a élaboré un schéma pour les noyaux qui agissent sur les muscles du membre thoracique et sur ceux du membre abdominal. Dans ce nouveau plan, De Buck s'éloigne très notablement de ses premières recherches et s'est fortement laissé convertir par la lecture des nombreux travaux parus en ces dernières années. Qu'il me suffise d'indiquer qu'il indique la localisation par muscles ou par masses musculaires fonctionnelles et qu'il fait

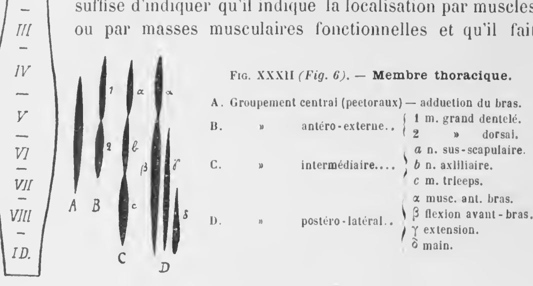


FIG. XXXII *(Fig. 6)*. — **Membre thoracique.**

A. Groupement central (pectoraux) — adduction du bras.
B. » antéro-externe.. { 1 m. grand dentelé. 2 » dorsal.
C. » intermédiaire.... { a n. sus-scapulaire. b n. axilliaire. c m. triceps.
D. » postéro-latéral.. { α musc. ant. bras. β flexion avant-bras. γ extension. δ main.

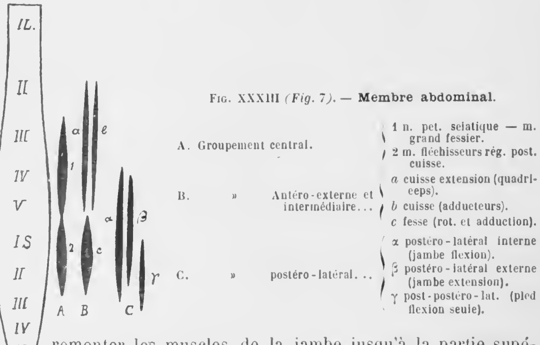


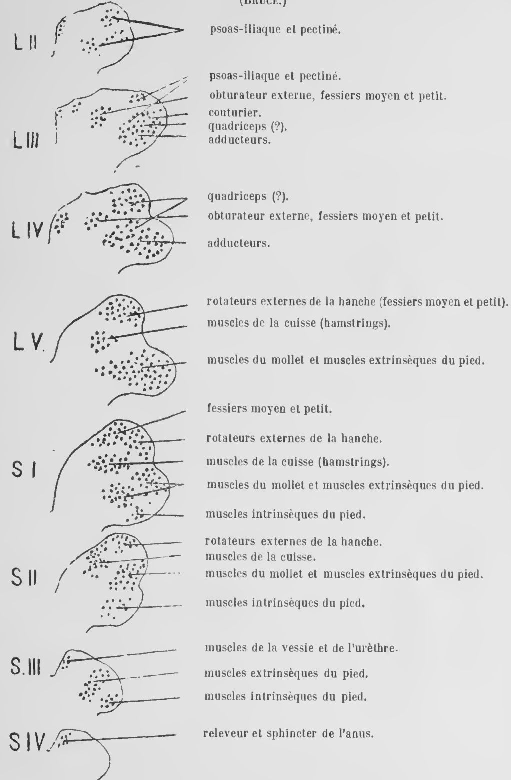
FIG. XXXIII *(Fig. 7)*. — **Membre abdominal.**

A. Groupement central. { 1 n. pet. sciatique — m. grand fessier. 2 m. fléchisseurs rég. post. cuisse.
B. » Antéro-externe et intermédiaire... { a cuisse extension (quadriceps). b cuisse (adducteurs). c fesse (rot. et adduction).
C. » postéro-latéral... { α postéro-latéral interne (jambe flexion). β postéro-latéral externe (jambe extension). γ post-postéro-lat. (pied flexion seule).

remonter les muscles de la jambe jusqu'à la partie supérieure du 4me segment lombaire. Son noyau post-postéro-latéral occupe maintenant les 1, 2, 3 sacrés. (Voir § 67.)

70. — Bruce, dans son admirable atlas, donne la reproduction exacte des noyaux aux différents segments médullaires.

Fig. XXXIV. — **Localisation des noyaux moteurs de la moelle lombo-sacrée.** (Bruce.)



Pour lui, le noyau du diaphragme débute à la partie supérieure du 4e segment cervical. Le noyau post-postéro-latéral finit à la

partie inférieure du 3e segment sacré. On peut en conclure qu'il a numéroté les racines une unité de moins que Parhon et que Van Gehuchten dans leurs toutes dernières recherches. Mais la topographie des noyaux reste néanmoins absolument comparable.

Nous avons reproduit le schéma de Bruce pour la moelle lombo-sacrée (Fig. XXVII).. La figure ci-contre nous donne les fonctions des différents noyaux. Ces localisations sont basées sur l'examen anatomopathologique de moelles d'amputés. On voit que Bruce localise par muscle ou par masses musculaires à fonction déterminée.

Là où un muscle est indiqué pour deux noyaux, Bruce entend réserver son choix, il n'a pas encore d'éléments suffisants pour conclure.

« Il n'y a pas encore d'évidence directe jusqu'ici, dit-il, pour indiquer si le quadriceps se trouve en avant ou en arrière du groupe des adducteurs. » Cependant il penche pour la localisation antéro-latérale. « Dans ce cas, dit-il, le centre des adducteurs doit se trouver en arrière de lui, dans le groupe postéro-latéral » aux 3me et 4me segments lombaires. Il hésite de même entre le psoas-iliaque et le pectiné.

L'atlas de Bruce est actuellement, à ma connaissance, le meilleur guide pour l'étude des noyaux moteurs, dans toute l'étendue de la moelle [1].

1. — Je me suis permis de rapporter plus haut la théorie musculaire, parce que cette théorie a été citée, discutée et si souvent considérée comme inexacte qu'il fallait bien en faire mention.

Je n'ai pas indiqué mes propres recherches parce que je ne veux les considérer que comme un contrôle des opinions émises, contrôle qui doit me permettre d'apprécier tout le mérite des travaux des autres, de les comprendre et d'essayer de les coordonner.

Pour justifier ce droit je publierai en *Annexe* à mon rapport les recherches personnelles poursuivies depuis sept ans et celles qui sont encore actuellement en cours.

I. — TERMINOLOGIE

71. — Il est maintenant indispensable de fixer quelques points de terminologie.

Nous trouvons dans la thèse si instructive de Constensoux des définitions qui sont à retenir :

Métamère. — Toute portion de l'être encore fragmentaire possédant en soi l'ensemble des propriétés et attributions de l'être définitivement achevé.

Ou bien encore : les métamères sont les segments homodynames et originairement identiques entre eux, dont la série représente, à une certaine période, le corps entier de l'embryon.

Dans la métamère du corps humain les principales parties qui sont segmentées ou qui conservent les traces d'une segmentation sont les suivantes :

a) les *neurotomes,* segments du tube neural ;

b) les *ganglions,* segments de la crête ganglionnaire ;

c) les *myotomes,* segments primordiaux, protovertèbres.

Mais à côté de ces divers éléments il faut tenir compte d'unités nouvelles qu'il ne faut pas confondre avec les précédentes. Ce sont :

d) les *myomères,* c'est-à-dire les groupes de muscles dépendant de la portion motrice d'un même neurotome ;

e) les *rhizomères,* ou territoires cutanés dépendant des ganglions ;

f) les *myelomères,* ou territoires cutanés dépendant des segments spinaux nommés neurotomes.

Enfin il existerait des métamères de métamères, ou *métamères secondaires,* qui sont les segments des membres, délimités par les grandes articulations.

72. — Pour éviter toute confusion, il serait utile de donner une dénomination mieux définie aux parties dites de métamérie secondaire qui représentent la segmentation des membres.

Dans le langage usuel, segment s'applique à tout produit de segmentation, et non-seulement au segment de membre. Les

segments de la moelle sont de date trop ancienne pour qu'une confusion ne s'établisse entre segment de moelle et segment de membre, quand on parle de distribution segmentaire. Pour citer un exemple, Grasset dans son traité de diagnostic des maladies de la moelle, parlant des « syndromes à distribution radiculaire » par opposition aux « syndromes à distribution métamérique ou segmentaire (« segmentaire » veut dire ici symptôme se distribuant « par segment de membre ») nous apprend que : « On reconnaîtra les symptômes métamériques à leur distribution segmentaire : le siège de la lésion est, dans ce cas, dans une tranche de la moelle lombo-sacrée d'autant plus élevée que le segment de membre atteint est lui-même plus haut. »

Le manque de précision dans les termes apparaît clairement. Admettons les définitions de Constensoux, mais ne parlons plus de « métamérie secondaire » car le terme métamère doit être réservé aux parties modifiées produites par la segmentation du corps des animaux à symétrie bilatérale (Cuvier).

Segment. — Toute partie produite par segmentation (terme général.)

Métamère. — Partie transformée par adaptation à des fonctions diverses, mais originairement résultée d'un segment de l'embryon.

Épimère. — (Partie surajoutée), bourgeon de la crête de Wolff, se surajoutant à des métamères et les entraînant au dehors en attirant également la moelle. Celle-ci, d'après la démonstration de Brissaud et Van Gehuchten, reproduit par sa structure la segmentation subséquente du bourgeon épimérique [1].

73. — Parhon a voulu fixer la valeur des termes : centre, noyau, groupement.

Noyau. — Origine réelle d'un nerf.

Groupement. — Amas cellulaire plus ou moins bien déterminé de cellules qui pourra représenter l'origine d'une branche nerveuse. Certains de ces groupements pourront se subdiviser en groupements secondaires.

1. — *Épimère* est également employé en entomologie, mais avec une signification différente.

Centre. — Ensemble des cellules innervant un muscle.

Il nous paraît impossible d'admettre cette classification. Car *noyau* supposant une condensation plus grande que *centre,* qui n'est qu'une image pour désigner le territoire approximatif d'où rayonne l'innervation, on pourrait supposer que l'origine réelle des nerfs est mieux définie que l'organe central d'une innervation musculaire. Or, c'est précisément le contraire, d'après Parhon lui-même.

Comme le fait très justement observer Dejerine, le nerf se compose de fibres sensibles, de fibres motrices myélinisées et de fibres sympathiques afférentes et efférentes. Le nerf varie fort souvent dans sa composition et dans son origine. C'est l'ensemble, presque occasionnel, d'un certain nombre de fibres qui prennent une direction commune sans avoir nécessairement pour cela une destination identique. Et combien de nerfs craniens n'ont pas des noyaux divers qui coopèrent à leur formation. Et le noyau ambigu constitue-t-il l'origine d'un seul nerf ?

Nous proposerons donc les définitions suivantes :

Centre d'innervation. — Expression de physiologie indiquant approximativement le point de départ de l'influx nerveux.

Groupe cellulaire. — Ensemble de cellules particulièrement visible dans l'examen des coupes de la moelle, groupe antéro-externe, etc.

Noyau. — Groupement compact de cellules envisagé dans toute sa hauteur et sa largeur. Le noyau peut constituer l'origine motrice principale d'un nerf. Le noyau peut avoir pour fonction l'innervation motrice d'un muscle ou d'une masse musculaire. Il peut se subdiviser en *noyaux secondaires.*

Colonne. — Union de plusieurs noyaux superposés, formant un ensemble à situation particulièrement constante : par exemple, la colonne médiane, la colonne antéro-externe.

Zone. — Territoire d'innervation, comprenant des noyaux multiples et qui peut s'étendre sur plusieurs colonnes à une hauteur déterminée ; par exemple : zone de la jambe, zone du bras.

J. — CONCLUSIONS

74. — *a)* La localisation des fonctions motrices de la moelle épinière de l'homme répond à la différenciation morphologique et fonctionnelle du système musculaire.

A chaque muscle strié correspond un noyau médullaire. A chaque groupement de muscles, un groupement de noyaux. A chaque segment de membre, une zone régulièrement disposée. Au membre tout entier correspond l'ensemble des trois zones du bras, de l'avant et de la main, ou de la cuisse, de la jambe et du pied.

Tout comme les muscles striés, les muscles lisses ont leurs centres d'innervation localisés dans des noyaux à situation constante.

b) Nos connaissances, par rapport aux territoires nettement délimités, sont suffisantes pour pouvoir donner un aperçu topographique d'ensemble.

L'atlas de Bruce nous donne la description exacte des noyaux moteurs médullaires.

Les documents d'anatomo-pathologie humaine ne sont pas encore assez nombreux pour pouvoir désigner *avec certitude* la fonction de chacun de ces noyaux.

c) Pour la moelle de l'homme il serait prématuré de dire plus que ce que nous avançons sous *a)*, mais pour le chien il apparaît clairement que les idées générales émises par Parhon, Brissaud et Marinesco sur la signification fonctionnelle, l'embryogénie et la téléologie des centres moteurs sont rigoureusement exactes.

ANNEXE

ANNEXE

Recherches personnelles de contrôle concernant les localisations des fonctions motrices de la moelle épinière

Par le Dr F. SANO

J'ai déjà dit que je considérais mes propres recherches comme des exercices de contrôle qui doivent me permettre d'apprécier tout le mérite des observations des autres, de les comprendre et de pouvoir en donner une relation.

Je veux donc résumer ce que j'ai pu constater personnellement. Comme rapporteur, je ne puis dépasser la stricte logique des faits nettement démontrés par des observations dignes de foi. Personnellement, je puis me permettre de suivre plus librement mes impressions pour donner des appréciations qui ne peuvent avoir qu'un caractère provisoire, sans doute, mais dont l'utilité peut être grande au point de vue de la direction des recherches futures.



Fig. 1.
4e cas : **Cellule colorée à l'hématoxyline-éosine. Sept mois après amputation. 2e sacrée, noyau post-postéro-latéral (pied)** (Homme, 1897)

Après la section ou la résection d'un nerf périphérique, les cellules dont le cylindre axe a été lésé, entrent en réaction à distance. Cette réaction est d'autant plus intense que le neurone a été plus entamé dans son individualité. Lorsque la réparation ne se fait pas, la cellule peut rester pendant des mois dans le même état. Chaque fois que j'ai recherché la chromolyse chez

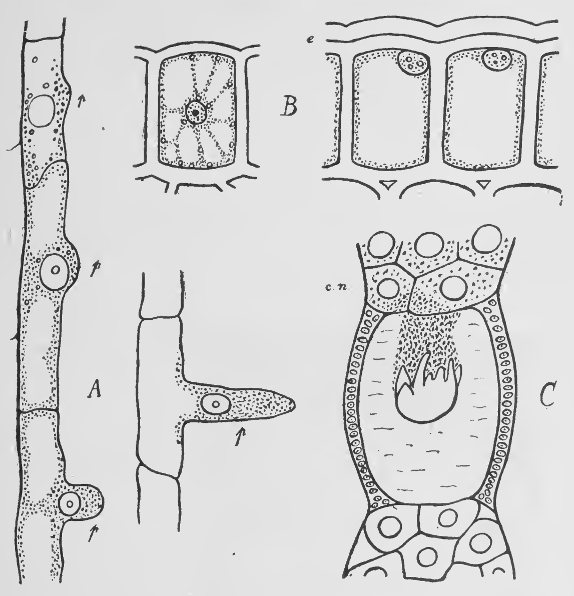


Fig. II.

Migrations fonctionnelles du noyau cellulaire.

A, Croissance du poil radical du pois, à quatre stades successifs; *p*, poil. Le noyau se place à la base du bourgeon, puis dans son intérieur. Les points noirs sont des granulations protoplasmiques ; les espaces blancs des vacuoles à suc cellulaire. (Haberlandt.)

B, Cellule épidermique au repos, figure à gauche ; le noyau occupe le centre de la cellule. A droite de la figure, deux cellules en activité : *e*, épaississement cuticulaire ; le noyau émigre vers la surface sécrétante. (Haberlandt.)

C, Tube ovarique du Dytique *c n*, cellules nourricières. Le noyau de l'ovule pousse des ramifications dans la direction du courant nourricier. (Korschelt.)

l'homme, je l'ai retrouvée là où on pouvait s'attendre à la trouver. Il n'en a pas été toujours de même chez l'animal.

La persistance du déplacement du noyau longtemps après le traumatisme, prouve que ce déplacement répond aux fonctions physiologiques du noyau. Il existe à cet égard des analogies en biologie générale. Souvent le noyau se déplace normalement.

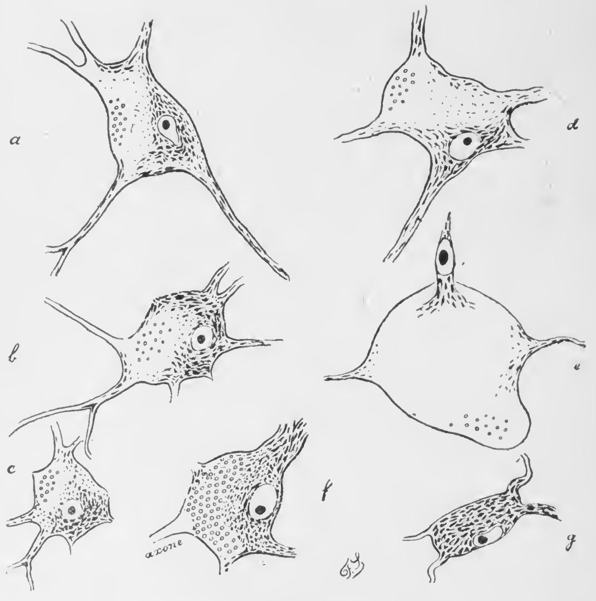


Fig. III.

Cellules motrices de la moelle de l'homme en réaction.

a. *b*, *c*, six jours ; *d*, *e*, dix-huit jours ; *f*, soixante-cinq jours ; *g*, cinq mois après amputation du membre inférieur (homme).

a, *b*, *c*, Cellules reproduites dans leur situation respective ; elles appartiennent à un petit noyau élémentaire de la partie inférieure du noyau du triceps suræ, six jours après amputation de la cuisse.

Les granulations jaunâtres sont schématisées par de petits cercles. Le noyau se place au côté opposé et peut même s'engager dans un dendrite. Je ne l'ai *jamais* trouvé expulsé.

Le noyau émigre toujours dans la partie cellulaire où les blocs de chromatine persistent le plus longtemps.

La chromolyse débute particulièrement au centre et près de l'émergence de l'axone. Ce fait, j'ai pu le contrôler dans la réaction des cellules pyramidales de l'écorce de l'homme, après lésion récente et traumatique du faisceau pyramidal dans la moelle.

Les cellules sont souvent gorgées d'une substance jaunâtre, le soit-disant pigment, qui paraît être une substance de dégénérescence cellulaire (Pilcz). Cette substance s'accumule surtout près du cône de l'axone.

Je n'ai pas étudié la phase de restauration.

Les cellules en chromolyse, après fixation dans l'acide osmique, et dissociation dans le carmin, peuvent être écrasées ; on peut alors voir « éclater la cellule » et le noyau sortir. Le contenu en chromolyse paraît assez dense (chat, après section du sciatique).

A. — Expériences de localisation chez la grenouille, le pigeon, la poule, le lapin, le chat, le cobaye, le chien.

Grenouille. — A la suite des intéressantes études de Brissaud et Bauer j'ai fait chez la grenouille adulte une série de recherches dont toutes ne sont pas encore terminées.

J'ai pris des grenouilles adultes, opérées le lendemain de leur capture en pleins champs; après l'opération elles ont été conservées au laboratoire, sans nourriture, au mois de septembre.



Fig. IV.

Moelle de grenouille adulte. Coupe de la moelle cervicale normale. Il y a là certainement quatre groupements de cellules. La corne antérieure gauche reproduite se trouve esquissée dans le haut de la figure avec ses rapports topographiques.

M, partie médiane.

J'ai fait l'amputation du pied, de la jambe, de la cuisse ; l'extirpation du grand pectoral, des muscles de l'avant-bras ; la section du nerf sciatique.

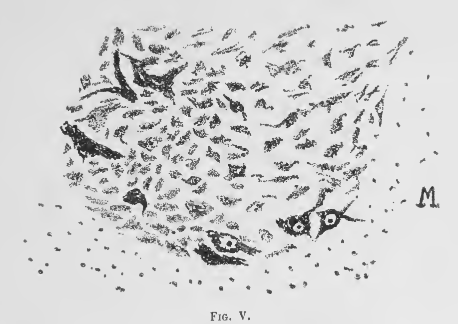


Fig. V.

Moelle de grenouille adulte. Coupe de la moelle sacrée normale. Groupements cellulaires différenciés. (Corne antérieure du côté droit, fig. 5.)
M. partie médiane

Les animaux ont été tués par le chloroforme 15 à 18 jours après l'opération. Les centres nerveux ont été mis à nu dans toute leur étendue, puis la colonne vertébrale et la base du crâne ont été séparées aux ciseaux du reste du corps, manipulation dans l'alcool à 94°. — Les centres encore attachés aux corps de vertèbres ont été laissés dans l'alcool à 94° jusqu'à durcissement. Puis, sous l'alcool, la moelle a été facilement enlevée aux ciseaux fins et progressivement incluse à la parafine. — Méthode de Nissl d'après le procédé de Van Gehuchten, sauf que je continue à employer l'alcool avec l'huile d'aniline comme décolorant. Coupes sériées.

Dans toutes les pièces examinées, la chromolyse est nette et facile à reconnaître. *La grenouille est certainement un animal de choix pour l'étude des localisations.*

Les faits décrits par Brissaud et Bauer se sont vérifiés.

A chaque segment de membre correspond *une zone médullaire*. J'insiste sur le mot zone, parce que la question d'une localisation plus différenciée reste réservée.

En effet, comparées aux figures de Brissaud, les coupes de la

moelle des grenouilles adultes offrent une division mieux accentuée des noyaux. En outre, ces noyaux sont relativement assez nombreux et assez différenciés.

Pigeon. — Incision sur le bord supérieur du muscle. Détacher l'insertion humérale et claviculaire, partiellement. Au milieu de la cavité on voit en avant le nerf du muscle grand pectoral, en arrière de lui une artère qu'il faut savoir respecter, sous peine de perdre l'oiseau. Le nerf est pris entre les mords d'une pince et rupturé ou dilacéré. La chromolyse, après quinze à dix-huit

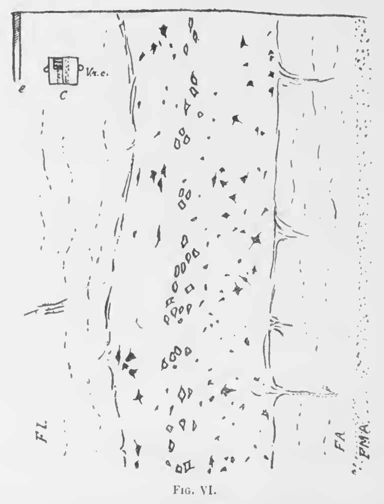


Fig. VI.

Coupe partielle longitudinale (frontale) du Nucleus diaphragmæ du lapin.

C, la coupe examinée, grandeur naturelle, avec la surface reproduite barrée ; épaisseur 30 microns. *V, r, c*, cinquième racine cervicale.

e, épaisseur relative de la coupe par rapport à l'agrandissement (40 diamètres) de la figure *F M A*, fissura mediana anterior ; *F A*, fasciculus anterior ; *F L*, fasciculus lateralis.

A droite, les noyaux médians ; à gauche, les noyaux latéraux ; au milieu, les cellules modifiées par réaction chromolytique, leur contour est seul indiqué, elles constituent, par leur ensemble, une partie du noyau d'innervation du diaphragme.

(Coloration par la méthode de Nissl. Dessins à la chambre claire de Nachet. Obj. 3, ocul. 1. Nachet.)

(Cette figure appartient au *Journal médical de Bruxelles*, 20 octobre 1898.)

jours n'est pas toujours très facile à déceler. Quelquefois elle se produit avec assez de netteté pour constater que le grand pectoral reçoit son innervation du grand noyau central, très développé chez l'oiseau. (Comparer avec les carnassiers.)

Poule. — La même expérience n'a donné que des résultats négatifs ou presque tels chez la poule.

Lapin, Cobaye, Chien, Chat. — La section ou la résection du nerf sciatique au point de son émergence, en arrière du grand trochanter a toujours donné des résultats positifs chez ces animaux. Localisation dans les noyaux postérieurs et centraux.

Lapin. — Résection du nerf phrénique à la région sus-claviculaire. De préférence à gauche. Chromolyse dans un noyau de cellules situé dans la partie antéro-centrale de la corne antérieure. Ce noyau, bien délimité à la partie supérieure, est plus difficile à poursuivre dans sa partie terminale, quand il se rapproche des groupes médians (Voir le noyau du diaphragme de l'homme.)

Chat. — *a)* Résection du nerf phrénique dans la cavité pleurale du côté droit. Le nerf est difficile à saisir par suite des battements du cœur. L'opération doit être conduite rapidement parce que le pneumothorax enlève l'animal, à moins qu'on ne dispose de la respiration artificielle.

Chromolyse dans un noyau de cellules à situation analogue à celui du lapin.

b) Extirpation du muscle grand pectoral et recherche des cellules centrales en chromolyse. Anatomie comparée avec celle du pigeon.

c) Résection du sciatique, déjà rapportée plus haut. Chromolyse dans les cellules des groupes postéro-latéraux et centraux.

Chien. — *a)* Résection du phrénique dans la région sus-claviculaire, noyau de cellules analogue, comme situation, à celui du lapin et du chat.

b) Dissection du plexus lombaire et du plexus sacré pour contrôler la figure de De Neef, contestée par Parhon. La dissection de De Neef m'a paru exacte, mais le numérotage des racines est certainement défectueux. En ce sens, Parhon a eu raison de relever la contradiction qui existe entre le texte et la figure.

c) Résection du nerf sciatique. Chromolyse très accentuée

dans les noyaux latéraux, centraux et postérieurs de la corne antérieure. Pas de réaction dans les noyaux médians.

d) Résection du nerf phrénique à la région sus-claviculaire. Réaction dans le noyau analogue à celui du phrénique chez le chat et le lapin.

e) amputation tibio-tarsienne (pied).

f) amputation fémoro-tibiale (patte).

Ces deux dernières expériences confirment les données de Parhon.

g) Résection des faisceaux les plus antéro-supérieurs du diaphragme.

(Résultat non encore étudié.)

Plusieurs de ces expériences ont été faites plusieurs fois. Quelquefois la chromolyse a été si peu intense qu'il n'a pas été possible de conclure. Qu'on ne se méprenne pas sur le but de ces recherches. Je ne les ai entreprises que pour contrôler les faits observés chez l'homme ou pour chercher la signification probable de certains noyaux de la moelle humaine. Je n'ai donc pas étudié la moelle des animaux pour la décrire en tous ses détails, mais pour résoudre quelques questions que je m'étais posées en examinant la topographie de la moelle humaine.

Les expériences récentes de contrôle ont été faites avec grand soin et particulièrement pour la grenouille il sera possible de donner des descriptions détaillées.

B. — Études de la Moelle humaine normale.

Les plexus nerveux présentent de grandes variations, mais les points d'origine et d'arrivée à la périphérie sont relativement très constants.

Il est nécessaire d'apporter le plus grand soin au numérotage des racines. Pour cela il est bon de mettre des ligatures sur quelques racines avant d'enlever la moelle et de contrôler ultérieurement. La 4me cervicale, la 1re dorsale, la 5me lombaire sont les plus faciles à contrôler.

Il est indispensable d'ouvrir immédiatement la dure-mère, de l'enlever après avoir dessiné ou repéré les racines et numéroté les ganglions spinaux, quand on a pu les enlever.

Les racines motrices et les racines sensitives forment déjà des plexus (plexus radiculaire intra-dural). Il est bon de les contrôler. Quatre fois sur cinq il y a une anastomose allant de la 1re racine motrice sacrée à la 5me lombaire.

Les segments doivent être délimités, pour employer une disposition uniforme au milieu de l'espace qui sépare l'insertion des deux racines *motrices*. Il existe souvent des différences de hauteur entre les limites motrices et les limites sensitives. Le

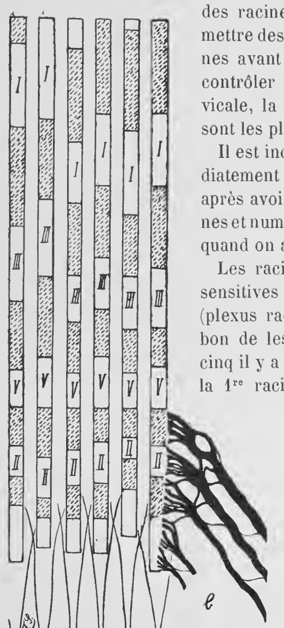


Fig. VII.

Schémas de l'étendue des racines de six moelles lombo-sacrées, provenant toutes d'hommes adultes. Partie supérieure du 1er segment sacré au même niveau. Les deux premières moelles, après durcissement dans le liquide de Müller, les autres après séjour de quelques heures dans une solution saturée de sublimé.

b. Le plexus radiculaire sacré moteur gauche de la sixième moelle.

mieux en tout cas est de dessiner la hauteur des segments. Pour comparer deux moelles, il est désirable de mettre à la même hauteur le bord supérieur du 1er segment sacré.

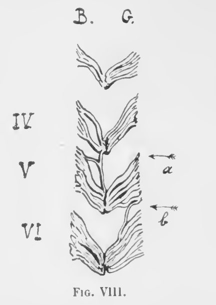


Fig. VIII.

Les racines du côté droit, séparées de la moelle. A droite, les racines motrices, à gauche les sensitives. *a*, Plexus radiculaire entre les 4e et 5e racines motrices cervicales. *b*, Simple anastomose entre les 5e et 6e racines sensitives. Sur le milieu, les racines s'unissent pour traverser la dure mère.



Fig. IX.

a. Une anastomose de la 1re racine motrice sacrée avec la 5e lombaire. Les origines sont exceptionnellement indépendantes. Moitié droite des segments d'origine. Les racines, hormis l'anastomose, ont été coupees très près de la moelle. (Contrôlé au microscope que le rameau est nerveux.)

Dans les coupes sériées, on retrouve comme point de repère des segments : à la moelle cervicale, le noyau du nerf phrénique dont la partie supérieure est tassée et facile à reconnaître, à la partie inférieure du 3me ou certainement à la partie supérieure du 4me segment cervical. A la moelle lombaire, la partie supérieure du 5me segment lombaire présente une corne antérieure arrondie, à la partie inférieure du segment le rebord antérieur de la corne présente un triangle surajouté, occupé par un noyau volumineux. Le 1er segment sacré au contraire présente à sa partie inférieure une corne plus réduite que celle de la partie supérieure. Le noyau X de Onuf est caractéristique du 3me segment sacré. Les noyaux du pied finissent à la partie supérieure du 4me segment sacré.

J'ai contrôlé les cas où j'ai dit que la zone du pied s'étend jusqu'à la partie inférieure du 4me segment. Dans ces cas je n'avais pas fait de démarcation entre le 4me et le 5me sacrés, de sorte que cette limite n'a été qu'approximative et sans doute trop élevée.

Les coupes longitudinales sont du plus haut intérêt. Il n'y a pas de segmentation profonde correspondante aux neurotomes, mais il y a de nombreux segments de neurotomes. Ce sont autant d'étages dont les petits groupements peuvent s'imbriquer.

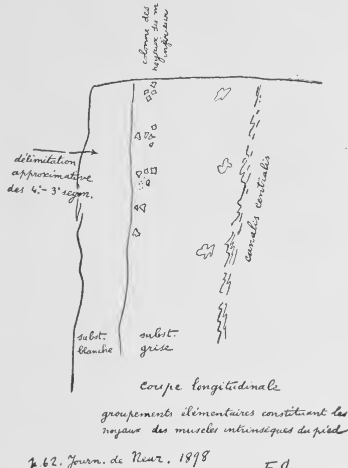


Fig. X.

La coupe longitudinale reproduite dans la figure X, est la dixième du tableau suivant qui donne la numération des cellules

Métamères	Coupes sériées d'avant en arrière	Totaux		
5me étage, moitié.	0 3 3 6 5 4 2 1 2 4 5 6 2 5 4 2 2 2 5 3 3 3 0	23	29	20
4me étage.	0 0 1 3 2 7 4 7 5 5 3 2 3 5 6 5 2 2 0 0 0 0 0	4	33	25
3me étage.	0 0 1 1 2 5 8 4 3 4 4 4 6 2 1 0 0 0 0 0 0 0 0	1	23	21
2me étage.	0 0 0 0 0 2 1 2 0 2 2 1 2 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		5	7
1er étage, caudal.	0 0 0 0 0 0 0 1 0 1 2 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		1	4

Nombre des cellules ganglionnaires.

dans les coupes longitudinales, frontales, transversales, au niveau de transition du 3me au 4me segment. Les chiffres mis au-dessus du même trait appartiennent au même groupe. Les étages

1, 2 et 3 sont dans le 4me segment sacré, les 4 et 5 sont à la partie inférieure du 3me segment.

Un peu plus haut nous trouvons les groupes plus compacts et nous voyons sur une coupe transversale les noyaux constitués de nombreuses cellules. Il devient dès lors plus difficile de distinguer les groupements primitifs qui se sont tassés, imbriqués, au point de ne plus pouvoir être mis en évidence que par l'anatomie pathologique basée sur les réactions à distance.

Ce tassement des noyaux se constate d'une manière très évidente en certains endroits et il est probable que les lois énoncées

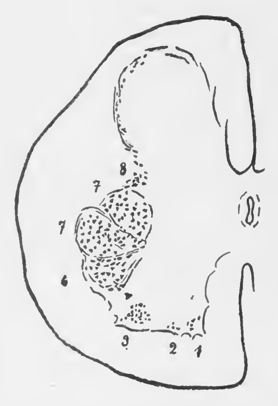


Fig. XI.

Coupe transversale au milieu du 3me segment sacré.

1, ischio-coccygien.

2, releveur de l'anus (diaphragme pelvien).

3, noyau X de Onuf.

6, muscles postérieurs de la jambe, partie inférieure de la zone de la jambe.

7, 7, zone du pied.

8, noyau du grand sympathique vasomoteur.

Noyaux para-épendymaires non figurés.

par Cajal et contrôlées par Marinesco pour les noyaux moteurs, trouvent ici leur application. D'ailleurs nous savons que les racines qui se réunissent en plexus ont une tendance à se concentrer vers leurs points d'union, et en sens contraire à s'épanouir vers la moelle. De sorte que les faisceaux constituant des racines sont dirigés de haut en bas et de dedans en dehors aux 4me et 5me racines cervicales, transversalement à la 6me et à la 7me, de bas en haut et de dedans en dehors à la 8me et à la 1re dorsale.

Une disposition analogue se produit à la moelle lombo-sacrée et sur la figure VII on peut voir les fascicules anastomotiques

d'une racine inférieure, à l'intérieur de la dure-mère, se diriger vers la racine qui lui est sus-jacente.

Il semble qu'un même travail de condensation existe pour les noyaux de la moelle. A ce point de vue il est curieux de constater que la partie supérieure du noyau du diaphragme, chez l'homme, est fortement condensée, ses cellules sont tassées, le noyau est facile à reconnaître ; au contraire, à mesure que l'on descend, dans le 5me segment surtout, il devient difficile de déterminer par la simple étude des coupes quel est le territoire du noyau du diaphragme.

Noyau du diaphragme. — Ceci nous amène à parler du noyau du diaphragme.

Les anatomistes sont d'opinion assez différente sur l'origine du nerf phrénique qui contient toutes les fibres innervant le diaphragme.

Nous avons vu que Féré lui donne comme origine les 3me, 4me et 5me segments.

D'après Forgue et Lannegrace, la partie antérieure du diaphragme est innervée par les 3me et 4me segments, la partie postérieure par le 5me et 6me.

D'après Ferrier et Yeo le diaphragme reçoit son innervation chez le singe, des 3me et 4me segments seulement.

Luschka a trouvé l'innervation suivante :

Segment cervical :	4........................	12 fois.
—	3. 4. 5....................	7 fois.
—	3. 4......................	6 fois.
—	4. 5......................	5 fois.

La description de Sappey qui donne comme origine principale la 4me, comme accessoire la 5me et comme variable les 3me et 6me cervicales m'a toujours paru la meilleure.

D'après Bolk, l'innervation provient uniquement des 3me et 4me segments cervicaux.

D'après Risien Russell, chez le singe, l'innervation viendrait des 4me, 5me et 6me segments cervicaux. La partie du muscle située près de la ligne médiane est principalement innervée par le 4me. Au contraire, les parties les plus périphériques sont innervées par le 6me. Et la portion intermédiaire répond tout spécialement à l'excitation de la 5me racine.

J'ai voulu contrôler cette innervation. La figure XII nous donne le détail de six dissections montrant quelques variations dans l'origine du nerf phrénique et dans sa constitution.

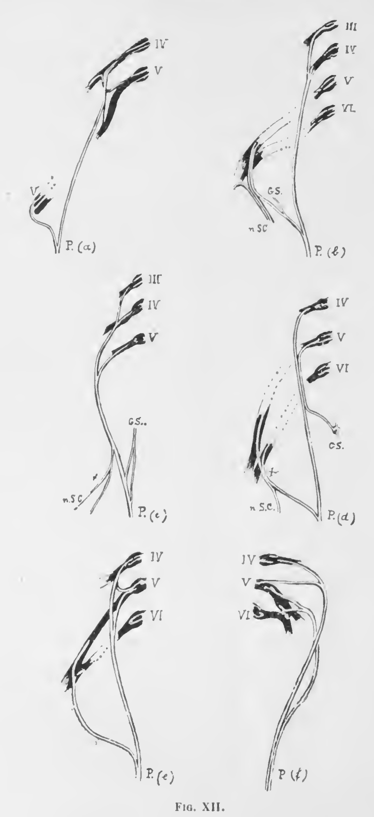


Fig. XII.
Variations de l'origine du nerf phrénique.

D'après ces dissections le rameau de la 3me racine est rare. L'origine de la 4me est constante. L'origine de la 5me existe toujours; quand elle n'existe pas directement, elle existe indirectement par le nerf sous-clavier. Mais quelquefois le sous-clavier prend lui-même origine au phrénique. Les rameaux du sous-clavier viennent toujours de la 5me racine, d'habitude aussi de la 6me, je n'ai cependant pas recherché méthodiquement toutes les branches du sous-clavier ; elles peuvent être nombreuses. Souvent le phrénique reçoit une branche de la 5me racine, située fort bas, sans connexion aucune avec le nerf sous-clavier.

Le nerf phrénique reçoit des anastomoses du système grand sympathique. Mais quelquefois c'est le grand sympathique qui reçoit un rameau du nerf phrénique. Dans un cas il était possible de poursuivre ce rameau jusque dans la 5me racine cervicale.

Une disposition très curieuse se trouve réalisée en *f*. Les rameaux d'origine du nerf restaient séparés jusqu'à mi-chemin du péricarde. Dans ce cas, le nerf était nettement constitué par un rameau originaire des 4me et partie supérieure de la 5me racine, et d'un autre rameau formé par la partie inférieure de la 5me et par la partie supérieure de la 6me racine. D'habitude le nerf se trouve constitué derrière la première côte.

Le nerf phrénique est un agrégat de fibres que nous pouvons diviser ainsi :

1° Innervation motrice et sensitive du diaphragme ;

2° Innervation sensitive du péricarde ;

3° Innervation sympathique, allant au plexus solaire, à la capsule surrénale ou aux ganglions cervicaux du grand sympathique ;

4° Innervation accessoire du sous-clavier.

La 1re partie, la plus importante, vient en majeure partie et directement du 4me segment, quelquefois aussi de la partie inférieure du 3me ; en outre, toujours du 5me segment, mais par voie directe ou détournée ; dans ce dernier cas, les fibres sont souvent en connexion avec le nerf du muscle sous-clavier.

Le 6me segment participe probablement aussi à cette innervation, mais cette participation n'est pas constante. (1°)

Nous ignorons de quel segment vient l'innervation sensitive du péricarde. (2°)

Les rapports avec le grand sympathique sont très variables. (3°)

L'innervation du sous-clavier provient du 5me, peut-être aussi du 6me segment. (4°)

Si nous prenons maintenant des coupes de la moelle cervicale, nous remarquons que chez l'homme un noyau analogue à celui qui entre en chromolyse chez les animaux après résection du nerf phrénique, se montre dès la partie inférieure du 3me, ou à la partie tout-à-fait supérieure du 4me segment cervical. Ce que nous savons des noyaux moteurs musculaires nous tend à faire croire — nous attendrons des preuves de certitude pour affirmer — que *ce noyau n'innerve que le muscle diaphragme.* Les fibres sympathiques se trouvent probablement dans les colonnes de noyaux à cellules sympathiques. Le noyau du muscle sous-clavier pourrait bien se trouver à la partie supérieure du noyau des muscles pectoraux, avec lesquels il est en communauté de fonction et de situation.

« Ayant donc à choisir entre la dénomination de *noyau du diaphragme* et *noyau du nerf phrénique* (Kaiser, Kohnstamm, Marinesco), j'ai préféré la première dénomination pour conserver désormais plus d'uniformité dans la nomenclature et plus de précision dans les termes. La distribution des plexus et des nerfs, leurs variations topographiques, dépendent de circonstances souvent étrangères à leur fonction. Ils prennent une direction favorable, un endroit protégé, s'unissent aux branches voisines pour augmenter leur résistance. Le point de départ et le point d'arrivée des faisceaux de fibres sont seuls en rapport avec leur fonction. Leur groupement en nerfs dépend des nécessités de direction et de voisinage. Mais l'*appareil nerveux central reste en corrélation anatomique et fonctionnelle avec l'organe qu'il innerve.* » (1901.)

C'est aussi ce que Dejerine fait remarquer, en disant « noyau du nerf phrénique et noyau du diaphragme ne sont pas des termes équivalents, car, outre l'anastomose que fournit habituellement le nerf phrénique au nerf du muscle sous-clavier, il donne encore une branche terminale importante à la capsule surrénale et au plexus solaire ». (1902.)



FIG. XIII.

Corne antérieure droite de la substance grise avec les grandes cellules ganglionnaires. — Moelle cervicale d'un enfant de 32 semaines.

III *c*, 83ᵉ coupe du 3ᵉ segment cervical ; *D*, début du *nucleus diaphragmæ*, coupe de 100 μ. d'épaisseur.

IV *c*, 38ᵉ coupe du 4ᵉ segment cervical ; les six cellules à la droite de *D* constituent le noyau en ce point ; 50 μ. d'épaisseur.

V *c*, 13ᵉ coupe du 5ᵉ segment cervical ; huit cellules à la droite de *D ;* 50 μ.

VI *c*, 55ᵉ coupe du 6ᵉ segment cervical ; cinq cellules à la droite de *D* constituent peut-être la continuation du noyau ; le petit groupe de six cellules près de *a* appartient aux groupes médians ; 50 μ.

Coupes colorées par la méthode de Nissl, dessinées à la chambre claire de Nachet, obj. 3, ocul. 1, Nachet Réduction photograhique pour l'impression.

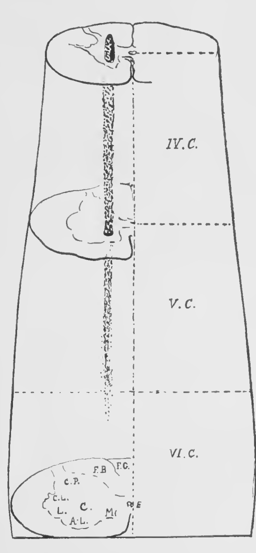


FIG. XIV.

Le noyau du diaphragme à l'intérieur de la moelle.

A cette occasion je dois dire que j'ai attribué par erreur, comme le fait observer Dejerine, une opinion à Kohnstamm qui est d'un avis tout différent de celui que je lui prête. Contrairement à ce que je rapportais, Kohnstamm n'a pas pu retrouver dans la moelle du lapin un noyau supérieur pour la partie antérieure du diaphragme et un noyau inférieur pour sa partie lombaire. Il prétend que les cellules correspondantes sont plus ou moins mélangées [1].

C'est donc un problème qu'il s'agira d'élucider par des recherches nouvelles. Car d'une part Marinesco prétend que les origines réelles des racines ne dépassent pas la moitié des segments adjacents au segment d'origine apparente. D'autre part, d'après Forgue, Lannegrace et Risien Russell, il y a différenciation pour la distribution des racines à la périphérie. Enfin le muscle lui-même présente une segmentation si remarquable qu'il est tout indiqué de rechercher les détails correspondants de son innervation.

L'Anatomie segmentaire. — *Introduction à l'étude du cinquième métamère.*

Les auteurs allemands et hollandais désignent sous le nom d'anatomie segmentaire la description des métamères successifs avec leurs parties constituantes. Cette étude est basée en grande partie sur l'étude de l'innervation des myomères et des myélomères ou des rhizomères. Pour ces deux dernières unités la différence n'est pas toujours bien indiquée. Ce sont donc les connexions périphériques du neurotome qui renseignent sur la constitution du métamère.

Cette étude ne nous intéresse ici que parce qu'il y a plus d'un

1. — De toutes les objections faites par M. le professeur Dejerine c'est la seule dont je puisse accepter entièrement le bien fondé. Je me suis absolument trompé en attribuant à Kohnstamm une idée, qui est probablement exacte, mais que cet auteur a cru pouvoir infirmer. Pour le surplus en disant que M. Dejerine avait repris l'expression de « métamérie spinale » je me suis mal exprimé.

Je n'ai pas voulu dire que M. Dejerine avait accepté la justesse de l'expression, mais simplement que cette expression étant signalée dans son livre, ce qui n'est que juste, on pouvait craindre qu'elle n'entrât dans le langage courant, alors même qu'il la combattait. En effet, l'autorité du professeur Dejerine est si grande et si justifiée qu'une théorie ou une opinion se trouve immédiatement en relief et en discussion dès qu'il a cru qu'elle méritait son examen critique. A cet égard, la lettre écrite au *Journal de Neurologie* et qui, avec beaucoup d'à-propos, a souligné son hésitation d'accepter les idées localisatrices, a rendu un signalé service à l'étude approfondie de ces questions.

rapprochement à établir entre la différenciation dans la moelle et les dispositions primitives des muscles.

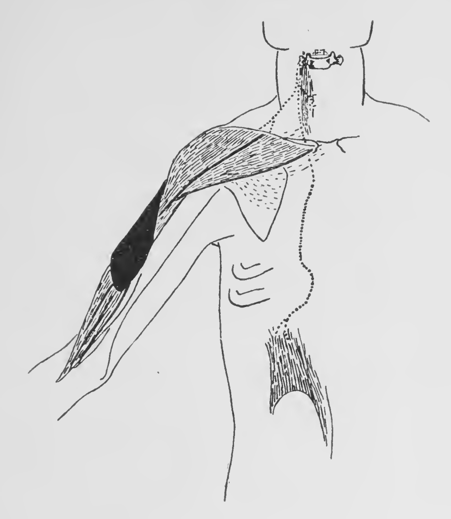


Fig. XV.

Neurotome (pointillé), myomère (hachures) et rhizomère (noir), du 5e métamère de l'adulte (1901.)

Les muscles du bras ont comme origine les 5me, 6me, 7me, 8me, 9me myomères. Quand on esquisse chez l'adulte ce qui appartient au 5me métamère, l'importance de ces notions apparaît déjà clairement. Nous comprenons combien il peut être intéressant d'étudier cette diffusion périphérique des parties ayant eu la même origine et que les voies nerveuses réunissent encore.

Mais supposons, avec Bolk, les muscles de l'épaule et du bras dans leur situation primitive, et mettons le bras perpendiculairement à l'axe du corps, dans la position occupée avant sa torsion.

Le bourgeon qui formera le membre supérieur se couvre, à

l'origine, de bandes longitudinales musculaires que des crêtes osseuses, des plis articulaires et des attaches tendineuses segmenteront.

Nous trouvons sur une même ligne transversale, originaires

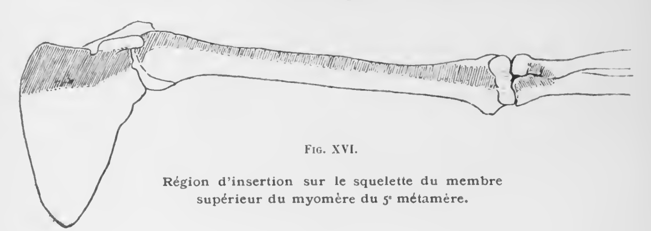


Fig. XVI.

Région d'insertion sur le squelette du membre supérieur du myomère du 5e métamère.

d'une même lame musculaire, une partie du rhomboïde, du supra-spinal, du deltoïde, du brachial antérieur, séparés par des crêtes osseuses, qui semblent avoir sectionné la lame musculaire primitive.

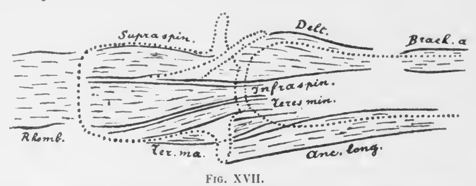


Fig. XVII.

Quelques muscles de l'épaule et de la racine du membre supérieur dans leur situation d'origine métamérique (Bolk).

Si maintenant nous nous en rapportons aux localisations motrices dans la moelle, nous trouvons précisément localisés de dedans en dehors :

1° les muscles du dos, y compris le rhomboïde, noyau médian ;

2° les muscles de l'épaule, y compris le supra-spinal, noyau antérieur ;

3° le noyau du circonflexe, innervant le deltoïde, noyau antéro-latéral ;

4° le noyau des muscles fléchisseurs du bras, y compris le brachial antérieur, noyau postéro-externe.

Les cellules de la moelle à fonction identique se sont donc rapprochées et ont reproduit avec une admirable simplicité la différenciation qui s'est opérée à la périphérie.

Mais nous savons que si les myomères se segmentent dans le sens transversal, leurs produits de segmentation peuvent, d'autre part, s'unir à des parties des myomères sus et sous-jacentes pour faire un ensemble musculaire, dont l'innervation est faite par plusieurs neurotomes. Et que voyons-nous dans la moelle ? Les cellules qui innervent le muscle ainsi formé se sont rapprochées, se sont tassées, ne forment ensemble qu'un seul noyau, dont l'origine polymétamérique n'est plus démontrable par la simple anatomie normale sur les coupes longitudinales, et dont on conteste même la constitution hétérogène ; c'est le cas, par exemple, pour les muscles diaphragme et grand pectoral, pour rester dans le 5me métamère.

D'après Bolk, les trois faisceaux successifs du grand pectoral appartiennent chacun à un segment métamérique du corps. Trois myomères participent à sa formation, les cinquième, sixième et septième. Nous pouvons nous attendre à ce que le faisceau claviculaire soit innervé par cette partie du noyau qui existe dans le 5me segment médullaire, le faisceau sternocostal par celle du 6me segment, et le faisceau abdominal, par celle du 7me segment. Et cependant, comme pour le diaphragme, ces parties constitutives très unies dans la direction longitudinale de la moelle, sont fort bien différenciées dans le sens transversal et gardent une indépendance suffisante des autres noyaux voisins.

Des parties musculaires du même métamère ont donc pris des destinations diverses, se sont groupées avec des faisceaux des segments voisins pour faire, d'une part, cet ensemble qui est le diaphragme et d'autre part, le grand pectoral, et dans la moelle s'est produit une différenciation anatomique et fonctionnelle *corrélative*.

Pour étudier ces problèmes si intéressants j'ai débité en coupes microscopiques sériées des embryons humains de 13 millimètres, de 20 millimètres et de 32 millimètres, et j'ai fait des dissections de plexus d'embryons de 100 millimètres.

Je pense, pour autant que je puis être autorisé à avoir une opinion dans ces problèmes délicats d'embryologie, que dès l'origine les différentes parties des métamères restent unies au

neurotome par des tractus celluleux où se développent ultérieurement les nerfs. Dans la masse des cellules embryonnaires qui descendent dans le thorax sous la poussée du cœur, les cellules différenciées musculaires ne se développent que lorsque les cellules non différenciées sont arrivées à destination dans la région thoracique inférieure.

Enfin il n'est pas sans importance de constater, ce qui à ma connaissance n'a encore été vérifié par aucun auteur, au moyen de la méthode de Nissl, que *les neurones de la sensibilité musculaire restent localisés au même niveau de la moelle où existe le noyau musculaire*. C'est ce que l'on peut observer, dans les cas favorables, en étudiant concurremment la moelle et les ganglions spinaux.

Je ne savais pas, en publiant ce fait pour la première fois, que Sherrington, par d'autres méthodes, était arrivé au même résultat.

C. — Recherches anatomopathologiques et topographie médullaire chez l'homme.

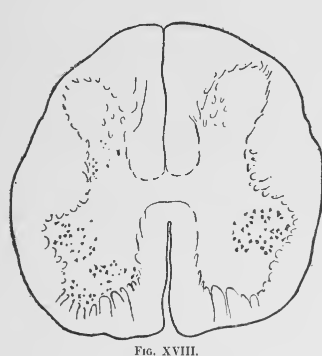


Fig. XVIII.
Partie supérieure du 1[er] segment sacré dans un cas d'amputation du membre inférieur gauche. A gauche (côté droit de la figure) les cellules en chromatolyse (21[e] jour après l'opération) sont seules dessinées (1897).

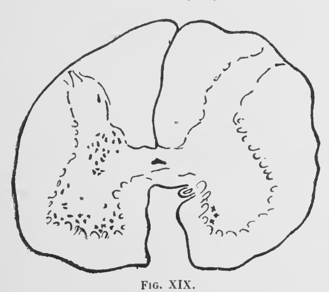


Fig. XIX.
Partie supérieure du 3[e] segment lombaire dans un cas d'amputation de la jambe droite et de suppuration récente de la masse sacro-lombaire droite. A droite, côté malade, les cellules en chromatolyse ont seules été dessinées.

Faut-il maintenant recommencer la relation des cas d'amputation et l'examen minutieux des coupes sériées ? Faut-il rappeler l'énorme travail qui consista à rechercher muscle par muscle la possibilité d'une localisation, à contrôler par la dissection des plexus, l'origine de l'innervation, à examiner si dans la littérature quelque concordance ne peut être retrouvée, à expérimenter sur les animaux pour éprouver la solidité des hypothèses ?

J'ai dit dans mon rapport que les documents anatomopathologiques concernant les localisations chez l'homme étaient encore trop peu nombreux pour affirmer *avec certitude* la fonction des

différents noyaux médullaires. Mais je maintiens qu'il est de la plus grande utilité pour guider les recherches futures d'établir tout au moins un plan d'ensemble, un essai de topographie médullaire fonctionnelle, qui ne sera si l'on veut qu' « une pure hypothèse ». Et je reproduis à ce titre le schéma que j'ai fait en 1897.

Dans ce schéma sont indiqués : d'une part, les segments

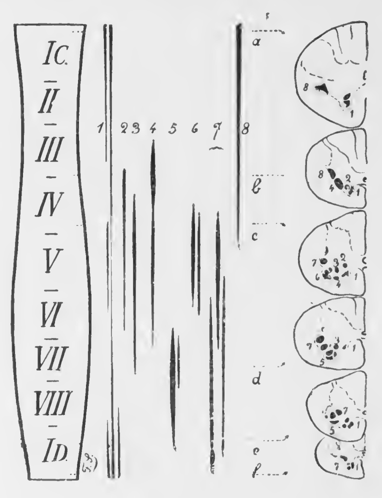


Fig. XX.

Colonnes et noyaux moteurs de l'intumescentia cervicalis (1897).

Columna medialis. — 1. *a*, courts rotateurs de la tête ; *m*, sous-hyoïdiens. *b, c, d, e, f*, extenseurs et rotateurs de la colonne vertébrale. — 2. Nucleus diaphragmæ. — La série des noyaux sympathiques, composée de petites cellules, n'a pas été figurée. Elle se trouverait en arrière de la col. med. près du canalis centralis.

Columna intermedio-lateralis. — 8. *a*, XIme paire, trapezius, sterno-cl.-m. ; *b, c*, plexus cervical, trap. sterno-cl.-m. ; *d, e*, trap. partie moyenne ; *f*, trap. partie inf. — 8. *e*, début du nucl. latiss. dorsi[1].

Columna extremitatis superioris. — 3. pectorales. — 4. *b*, lev. scap. ; *c*, serratus major. — 6. muscles de l'épaule. — 7. *c*, biceps ; plus bas, supinateurs, extens. des doigts ; entre *d* et *e*, fléchiss. et pronat. ; *e*, thenar et hypothenar ; *f*, hypothenar. — 5. *d*, triceps ; *e*, anconaeus.

1. — Malheureusement dans ce cliché la colonne 8 a été supprimée en *d, e, f*.

25.

médulaires ; d'autre part, des coupes suivant les lignes pointillées.

Au milieu, les colonnes, noyaux musculaires vus de face, de la plus médiane, 1, à la plus latérale, 8'. Les coupes ont une superficie quatre fois trop grande par rapport aux autres parties qui sont environ grandeur naturelle (homme adulte).

Ces figures ont été faites au moyen des dessins faits à la chambre claire de Nachet.

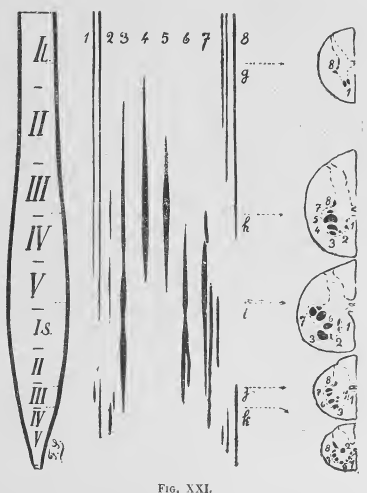


Fig. XXI.

Colonnes et noyaux moteurs de l'intumescentia lombalis (1897).

Columna medialis. — 1. *g*, *h*, *i*, extensores et rotatores spinæ ; *j*, *k*, ischio-coccygeus et lev. ani. — 2. *k*, sphincter vesic. en avant ; sphincter ani, en arrière. — Il doit y avoir, en outre, des noyaux sympathiques viscéraux non figurés.

Columna intermedio-lateralis. — 8. *g*, muscles abdominaux ; *h*, cremaster ; *j*, *k*, muscles du périnée.

Columna extremitatis inferioris. — 2. *i*, pyramidalis. — 3. *h*, iliopsoas ; *i*, glutaei ; *j*, gemelli, pyriformis. — 4. quadriceps femoris. — 5. pectineus, adductores. — 6. *i*, fléchisseurs du genou ; plus bas popliteus, triceps suræ, *j*. — 7. *h*, tibialis anticus ; *i*, extenseurs des orteils, péroniers ; plus bas, tibialis posticus, fléchisseurs des orteils ; *j*, *k*, muscles intrinsèques du pied.

Les principales erreurs de ce schéma sont les suivantes : La colonne intermédio-latérale étant entièrement occupée par des noyaux du grand sympathique, les muscles innervés par le spinal le grand dorsal et les muscles abdominaux ne peuvent y être localisés. Les noyaux des muscles innervés par le spinal se trouvent au centre de la corne et partiellement dans le noyau 4. Le grand dorsal se trouve dans une des branches du noyau 5. Pour la moelle lombaire, la colonne 8 innerve encore des organes sous la dépendance du grand sympathique ; les muscles abdominaux doivent être localisés, comme je l'ai dit tout d'abord dans les noyaux les plus externes des colonnes 1. L'ajoute supérieure au noyau du tibial antérieur, mise pour rester conforme aux idées de Remak, est de trop. Aucune démarcation n'ayant été faite entre le 4[me] et le 5[me] segments sacrés, la limite inférieure est quelque peu arbitraire, elle descend peut-être un peu trop bas. Le noyau du triceps surae doit être isolé, bien que ses connexions avec les noyaux centraux soient très réels.

Enfin, le groupement de ces noyaux doit être modifié quelque peu pour qu'il soit possible de leur appliquer, dans la figure même, la classification de Brissaud et de Van Gehuchten.

Depuis lors j'ai examiné de nouveaux cas d'amputation du membre inférieur.

J'ai examiné la moelle dans un cas d'amputation interscapulo-thoracique, mort deux mois après l'opération. Il y a chromolyse intense dans les noyaux correspondants aux muscles amputés, et intégrité dans le noyau du diaphragme et les noyaux médians.

D. — Conclusions.

Je modifie donc les schémas de 1897 et je leur substitue les suivants qui répondent mieux aux connaissances actuelles. Je

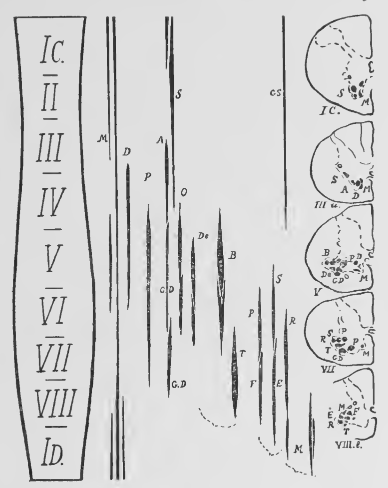


Fig. XXII.

Colonnes et noyaux moteurs de l'intumescentia cervicalis.

I. — *La moelle cervicale vue de face avec les limites des segments.*

II. — *Aspect longitudinal des noyaux disposés par groupes.*

M, noyaux médians, rotateurs de la tête, grand complexus, splenius. — *D,* noyau du diaphragme. — *P,* noyau des pectoraux. — *A,* noyau de l'angulaire, du rhomboïde en arrière, et en dedans, scalènes. — *G-D,* grand dentelé (au 5e segment). — *G-D,* grand dorsal (au 7e). — *S,* noyaux des sterno-m., cleido-m., trapèze en dehors. — *O,* muscles de l'omoplate, sus-épineux, sous-épineux, sous-scapulaire. — *D,* deltoïde, grand rond, petit rond. — *B,* muscles de la région antérieure du bras, coraco-brachial, biceps, brachial antérieur en dehors. — *T,* triceps du bras. — *P,* pronateur, grand et petit palmaire, cubitaux. — *F,* fléchisseurs de la région brachiale antérieure. — *S,* supinateurs. — *E,* extenseurs de la région postérieure du bras. — *R,* radiaux, et à la partie inférieure court abducteur du pouce(?). — *M,* muscles de l'éminence thénar et m. de l'éminence hypothénar, inter-osseux.

G-S, les noyaux du grand sympathique n'ont été figurés que pour les segments supérieurs. Au 8e cerv. commence dans la corne latérale un noyau qui se dédouble ; puis un 3e se joint à eux.

III. — *Coupes de la moelle au niveau des 1er, 3e (partie supérieure), 5e, 7e, 8e (partie inférieure) segments.* Coupes transversales et situation topographique des noyaux.

dois répéter à ce sujet, que ces schémas sont, comme ceux de 1897, des synthèses fragiles, dont il s'agira de contrôler les détails.

Elles sont basées cependant sur l'examen minutieux de six cas d'amputation à différents niveaux du membre inférieur, sur

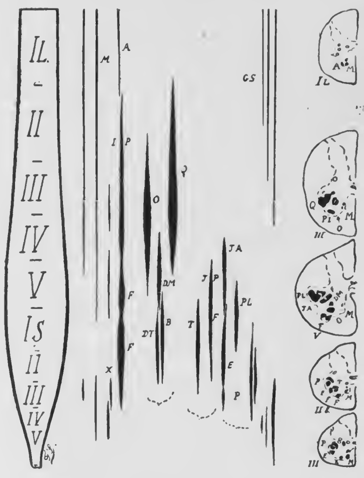


Fig. XXIII.

Colonnes et noyaux moteurs de l'intumescentia lombalis.

I. — *La moelle lombo-sacrée vue de face avec les limites des segments.*

II. — *Aspect longitudinal des noyaux disposés par groupes.*

M, noyaux médians, muscles de la colonne vertébrale. — *X*, noyau de Onuf. — *A*, muscles abdominaux. — *I-P*, muscle Psoas, plus bas Illiaque, en dedans couturier, tenseur fascialata. — *F*, moyen et petit fessiers, plus bas grand fessier, jumeaux, pyriforme. — *O*, muscles innervés par le nerf obturateur, pectiné, y compris le grand adducteur dans toute son étendue. — *D-M*, Demi-membraneux. — *D-T*, demi-tendineux. — *B*, biceps. — *Q*, quadriceps femoris. — *T*, triceps sural. — *J-P*, jambier postérieur. — *F*, fléchisseurs à la région jambière postérieure. — *J-A*, jambier antérieur. — *E*, extenseurs à la région jambière antérieure, avec le pédieux à la partie inférieure. — *P-L*, péroniers latéraux. — *P*, pied.

G-S, les noyaux du grand sympathique ont été figurés sur les coupes transversales par des cercles creux. Dans la région sacrée inférieure le groupe para-épendymaire ne doit pas être considéré comme appartenant aux groupes médians. Dans ce groupe médian nous trouvons le noyau de l'ischio-coccygien et en dehors le noyau du diaphragme pelvien. Dans les groupements du grand sympathique les sphincters sont para-épendymaires.

III. — *Coupes de la moelle au niveau des 1er, 3e, 5e segments lombaires, de la partie supérieure du 2e et du 3e segments sacrés.* Coupes transversales et situation topographique des noyaux. Ces coupes correspondent à l'atlas de Bruce.

un cas d'amputation interscapulo-thoracique du membre supérieur, sur l'anatomie normale des plexus et de la moelle, enfin sur de nombreuses expériences personnelles et sur celles consignées dans la littérature, y compris, en partie, le dernier article de Marinesco, paru dans la *Semaine Médicale.*

Les noyaux y sont disposés par groupes de sorte que l'on peut réunir dans un même cercle les noyaux appartenant à une même zône de segment épimérique. Un pointillé au bas des groupes indique approximativement le cercle à tracer. Il faut remarquer seulement que pour la main, une partie de la colonne *R* doit être unie aux colonnes situées à la droite de *M ;* et que pour le pied, une partie de la colonne *E* se joint aux noyaux situés à la droite de *P*.

On pourrait cependant grouper encore d'autre façon les noyaux des membres. La figure XXIV en donne un exemple.

Mon rapport démontre suffisamment que mes recherches personnelles n'ont jamais été indispensables et que nos connaissances devaient nécessairement s'étendre dans ce vaste domaine des localisations ; la solution du problème était imminente. Je puis donc facilement admettre que Marinesco ait pu écrire :

« Un grand nombre de localisations que donne Sano pour les différents muscles ne résultent pas de recherches expérimentales ou bien de documents anatomopathologiques indiscutables ; aussi un bon nombre de ces localisations ne peuvent être admises qu'à titre provisoire et d'autres sont inadmissibles. »



Fig. XXIV.

Essai de disposition embryogénique des noyaux.

A, bourgeon primordial, muscles intrinsèques de la main et muscles profonds de l'avant-bras.

B, lames musculaires dorsales qui se sont étendues sur le bourgeon primordial. Triceps, radiaux, long supinateur.

C, lames musculaires ventrales qui se sont étendues sur le bourgeon primordial. Biceps et coraeo-brachial, pronateur et palmaires, cubitaux.

Mais Dejerine ajoute, en citant Marinesco, dont il partage l'avis : « Et je me demande même comment M. Sano a pu localiser, chez l'homme, les noyaux des muscles des membres inférieurs en étudiant la moelle dans des cas d'amputation. Dans le

cas d'amputation, la réaction cellulaire correspond à quoi ? Naturellement à la section des troncs nerveux. Dans les cas de M. Sano, où il s'agissait d'amputation du membre inférieur, la chromatolyse correspond à la section des nerfs du membre inférieur — sciatique, crural, obturateur — et permet de localiser dans la moelle l'origine des fibres motrices contenues dans ces trois nerfs, au-dessous de leur section. C'est ce qu'ont fait Van Gehuchten et de Buck, Van Gehuchten et Nelis, Marinesco, De Neef, Knape, Parhon et Popesco, etc. Mais de là à localiser dans la moelle *les noyaux des muscles innervés par ces fibres sectionnées,* il y a un abîme. » (1902.)

C'est précisément parce que j'ai osé franchir cet abîme que vous m'avez fait l'honneur de me charger d'un rapport. Je vous remercie, Messieurs, pour l'attention que vous avez bien voulu prêter à celui-ci et je m'excuse d'avoir dû limiter son objet au champ trop restreint de mes faibles connaissances.

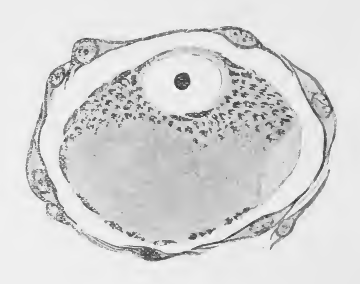




TABLE DES MATIÈRES

TABLE GÉNÉRALE DU Ier VOLUME

Des Mesures à prendre à l'égard des Aliénés criminels, par le Dr KÉRAVAL.

Des Démences vésaniques, par le D[r] G. DENY.

Les Localisations des Fonctions motrices de la Moelle épinière, par le D[r] F. SANO.

IMPRIMERIE-STÉRÉOTYPIE GARET

J. EMPÉRAUGER, IMPRIMEUR

PAU

